

Faculté de Médecine de l'Université de Paris

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ROBERT WILLETTE

Né à Paris, le 28 Septembre 1881

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DE L'INONDATION PÉRITONÉALE

DANS

L'AVORTEMENT TUBAIRE

(SANS RUPTURE)

Président de la thèse. M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1910

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

	Doyen	M. LANDOUZY.
	Professeurs	MM.
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale		WIDAL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT.
Médecine légale		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD.
		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		RECLUS.
Clinique chirurgicale		SEGOND.
		QUENU.
		PIERRE DELBET.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERRONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchement		BAR.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM. AUVRAY.	MM. CUNÉO	MM. LAUNOIS	MM. NICLOUX
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	OMBREDANNE
BEZANCON(F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	POTOCKI
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	PROUST
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RENON
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RICHAUD
CARNOT	JEANSELME	MARION	RIEFFEL
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBÉ (M.)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR WILLETTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE P^r RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEF DE SERVICE DE LA MATERNITÉ DE L'HÔPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

MM. les D^{rs}

- Bénévole . . . { P. BAZY (Beaujon, 1898-1901). — *CHEVALIER* (in
memoriam).
FERNET (Beaujon, 1901).
Stagiaire . . . TROISIÈRE (Beaujon, 1901-1902).
Externe . . 1° { H. MARTIN-ROUX, in memoriam (La Charité, 1902). —
LENOIR.
PICQUÉ (Bichat, 1902-1903) — *MAUCLAIRE*.
2° { P. BAZY (Beaujon, 1903).
AUVARD (St-Louis, 1903). — *BRINDEAU, TISSIER*.
LESAGE (Hérolde, 1904). — *LE MARC'HADOUR*.
3° P. POIRIER in memoriam (Lariboisière, 1904-1905). —
CUNEO, CHIFFOLIAU.
4° COURTOIS-SUFFIT (Dubois, 1905-1906). — *FOURNIER*.
5° BAUDET (Bichat, 1906-1907). — *VIVIER*.
Interne . . 1° MAUCLAIRE (Dubois, 1907-1908). — *CUNEO, LABEY*.
2° { CAUSSADE (Tenon, 1908).
RIBEMONT-DESSAIGNES (Beaujon, 1908-1909).
3° LEPAGE (Boucicaut, 1909-1910). — *BOUFFE DE*
St-BLAISE, FUNK-BRENTANO.
4° BOULLOCHE (Bretonneau, 1910).

Et MM.

CASTAIGNE, HERBET (in memoriam), *JOUSSET, LE LORIER, NAGEOTTE, OMBRÉDANNE, RUDAUX, VEAU.*

A Mlle *LASCAUD*, sage-femme en chef de la clinique Beaujon.

A la mémoire de MM. les D^{rs} *FELIZET* et *MOIZARD*.

A M. le D^r LAPOINTE.

MEIS ET AMICIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Il nous semble juste de dire tout d'abord ici comment nous avons été amené à prendre ce sujet pour notre thèse.

En 1906, notre collègue et ami LOUIS BAZY ayant eu l'occasion d'observer une malade opérée dans le service de son père, notre maître affectionné le Docteur BAZY, pour une inondation péritonéale au cours d'un avortement tubaire, l'étudia avec soin et fut amené à rechercher des cas analogues.

En poursuivant ses recherches il eut la chance, bien méritée par sa patience, de découvrir des cas moins connus encore où les hémorragies de la trompe ne sont pas dues à une grossesse, soit récente soit ancienne : et il en continua l'étude minutieuse et longue pour son mémoire de médaille d'or.

Nous voyant à la recherche d'un sujet de thèse, il nous offrit de reprendre l'étude des cas d'inondation dus au contraire à l'avortement tubaire, étude qu'il avait déjà esquissée dans un article de la Presse médicale, et mit à notre disposition, avec un désintéressement qu'explique seul une vieille et solide amitié de plus de vingt ans, d'autres observations qu'il avait pu recueillir et surtout les examens histologiques qu'il avait travaillés avec soin.

Il importait que cela fût dit et que l'idée première de ce travail fût bien attribuée à celui qui en a vraiment la paternité. Il faut rendre à César....

R. W.

DE
L'INONDATION PÉRITONÉALE
DANS L'AVORTEMENT TUBAIRE
(*sans rupture*)

CHAPITRE PREMIER

Définitions.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il nous semble tout d'abord nécessaire de bien fixer les idées sur la valeur des mots que nous emploierons sans cesse, puis, sur la définition du point particulier qui constitue le sujet du présent travail, lequel n'est en somme qu'un chapitre dans l'histoire plus générale des grossesses extra-utérines et dans celle des hémorragies de la trompe de Fallope. Enfin nous verrons à exposer dans ses grandes lignes le plan général que nous avons suivi.

*
* *

Lorsque, dans une grossesse extra-utérine, c'est dans la trompe elle-même que se produit le développement de l'ovule fécondé, la grossesse est dite tubaire.

Cette grossesse peut évoluer suivant des modes bien différents.

Parfois elle se poursuivra jusqu'à terme ou près du terme : mais le plus souvent, et pour des causes que nous approfondirons ultérieurement, des accidents ou des incidents surviendront plus ou moins rapidement qui changeront l'état de choses primitif.

Dans certains cas, il s'agira d'une rupture de la trompe s'accompagnant d'hémorragie plus ou moins abondante et brutale, cause ordinaire d'inondation péritonéale ou parfois sous-péritonéale. Mais cela ne fait pas partie de notre cadre et nous n'avons point à en parler ici, sinon par comparaison.

Dans d'autres cas, et nous verrons que ceux-ci sont aussi fréquents que ceux-là, nous aurons ce qu'on appelle un *avortement tubaire*, et c'est ici surtout qu'il est utile d'insister.



On a toujours tendance, dans l'étude des grossesses tubaires, à comparer ce qui se passe dans la trompe avec ce qui se passe dans l'utérus à l'occasion d'une grossesse normale. Nous-même, nous aurons également occasion d'indiquer les analogies entre les deux cas, mais aussi les différences. Et tout d'abord, ce mot *avortement* est déjà, en obstétrique courante, un *mauvais mot* qui répond à des faits complexes : l'arrêt de développement, la mort de l'œuf, quelle qu'en soit la cause, et aussi son décollement et son expulsion. Toutes ces notions distinctes et variables sont confondues mais mal exprimées par le mot *avortement*.

Lorsqu'il s'agit de la trompe le mot devient encore plus vague et plus imprécis, s'il est possible.

En effet, VIAL a défini l'avortement tubaire « l'expulsion totale ou partielle, avant l'âge de la viabilité fœtale, de l'œuf inséré dans la trompe, à travers l'un des orifices naturels de celle-ci et sans rupture de sa paroi » (1).

L'avortement est *complet* si l'œuf sort en entier et s'il ne reste dans la trompe que quelques caillots : il faut, du reste, se hâter d'ajouter qu'histologiquement parlant l'avortement n'est à vrai dire jamais complet, car on peut presque toujours déceler au microscope des traces de la placentation. Nous verrons plus tard combien cette observation est utile au point de vue du diagnostic rétrospectif de la grossesse tubaire. D'ailleurs, dans cet avortement tubaire complet, l'œuf ne meurt pas forcément, pouvant, comme nous le savons, se regreffer secondairement sur le péritoine, par exemple, où il pourra continuer à évoluer.

Dans l'avortement *incomplet*, l'œuf sortira par bribes et par morceaux, laissant ordinairement derrière lui des débris plus ou moins importants.

Mais ce qui devient tout à fait paradoxal, comme le fait remarquer VIAL lui-même, c'est qu'on appelle encore avortement le cas où l'œuf est décollé et retenu en totalité dans la trompe, tandis que le sang, dû au décollement, file dans le péritoine et parfois aussi dans l'utérus.

Si l'hémorragie s'arrête, l'œuf décollé pourra donc rester dans la trompe sans être expulsé, donnant lieu à une môle tubaire si les débris fœtaux subsistent, à un hématosalpinx si, les débris ayant disparu, il ne reste que du sang.

Ce qui nous semble donc le *fait caractéristique* dans l'avortement tubaire, ce n'est pas l'expulsion mais bien le

(1) VIAL, Thèse de Nancy, 1898-1899, « L'avortement tubaire ».

décollement de l'œuf, quelle qu'en soit la cause et quel que soit le sort ultérieur de cet œuf : celui-ci, d'ailleurs, peut souvent passer inaperçu, surtout dans les cas, comme certains de ceux dont nous allons nous occuper, où il est si jeune qu'il n'est souvent visible qu'au microscope : et l'on comprend qu'il soit impossible de le retrouver, soit dans la trompe, soit dans le sang qui s'échappe hors de la trompe.

Et le décollement de l'œuf suffit à lui tout seul à différencier l'avortement de la rupture tubaire puisque dans celle-ci il n'y a pas décollement mais perforation en quelque sorte du tissu tubaire par l'œuf qui le ronge au niveau de son point d'insertion.

D'autre part, dans les cas où l'œuf meurt sans se décoller et sans hémorragie, subsistant parfois fort longtemps dans cet état sous forme de lithopédion, il est évident qu'il ne s'agit pas d'un avortement.

Donc nous croyons à peu près définir notre conception de l'avortement tubaire par les mots : *trompe intacte, sans rupture ni fissure, œuf décollé, hémorragie*.

Mais il nous faut compter avec la tendance des auteurs à étendre la portée des mots. Ne voyons-nous pas MARTIN, contrairement aux différents auteurs qui ne croient guère possible l'avortement tubaire après le deuxième mois, citer des cas où il l'aurait vu se produire au neuvième mois (1).

Evidemment on comprend qu'il s'agit là d'œufs décollés et expulsés de la trompe, sans rupture de celle-ci, au neuvième mois.

Il est certain que ces cas sont rares et spéciaux puisqu'ils ont dépassé l'âge de viabilité fœtale : ils n'en ont pas moins quelque chose de commun avec ce que nous enten-

(1) MARTIN, « *Krankeiten der Eileiter* », Leipzig, 1895.

dons vraiment par avortement tubaire en opposition avec la rupture (1).

On voit combien tout cet ensemble est complexe à définir que l'on nomme avortement tubaire. Nous n'avons pas la prétention, pour l'étude du chapitre restreint que nous nous sommes assigné, de vouloir changer ce terme malheureusement classique, ni de lui substituer un néologisme qui serait peut-être plus nuisible encore, mais il ne nous semble pas inutile, puisqu'il reviendra constamment sous notre plume, d'y avoir insisté, montré notre propre embarras, afin d'éviter la confusion dans l'esprit du lecteur.

Ayant d'ailleurs caractérisé l'avortement surtout par le décollement, il nous importera beaucoup moins de savoir si cet avortement est tubo-utérin ou tubo-abdominal : JONESSOF, dans sa thèse (2), a nié la possibilité du premier. Nous ne voyons guère pourquoi il serait impossible dans certains cas de grossesses si minimes que nous rapportons. Evidemment, comme nous le verrons, c'est la grossesse tubaire ampullaire qui peut évoluer vers l'avortement ; comme l'a montré COUVELAIRE (3), les grossesses intersti-

(1) Nous ne voulons pas d'ailleurs embrouiller la question en cherchant à l'éclaircir : mais dans le cas de rupture même, ne pourrait-on pas dire qu'il y a aussi avortement puisqu'il y a, en somme, interruption de la grossesse ? Évidemment, dans ces cas, le fait de l'avortement disparaît devant l'importance de sa cause, la rupture, de même que l'intérêt du sort de l'œuf s'efface complètement dans l'inondation de l'avortement sans rupture. Mais il est si vrai que tout cela est flou que nous avons cru bon d'ajouter entre parenthèses « sans rupture » à notre titre, ayant vu, tandis que nous écrivions ce travail, que les gens non prévenus avaient toujours besoin de ces deux mots pour saisir l'intérêt de la question.

(2) JONESSOF, Thèse de Paris, 1900-1901, « *A propos de l'avortement tubaire* ».

(3) COUVELAIRE, Thèse de Paris, 1901, « *Études anatomiques sur les grossesses tubaires* ».

tielles et isthmiques donnent presque forcément lieu à la rupture : « L'œuf fait éclater la trompe, a dit PINARD, d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus » (1). Mais l'hémorragie peut se faire aussi bien vers l'ostium utérinum que abdominale et l'œuf est si petit qu'on ne sait vraiment pourquoi il serait entraîné plutôt d'un côté que de l'autre.



Aussi, peu importe encore une fois le sort de l'œuf : ce qui est intéressant dans l'avortement tubaire, c'est l'hémorragie.

Si la trompe est fermée il y aura rétention, c'est-à-dire môle tubaire ou hématosalpinx.

Si l'ostium utérinum seul est perméable on aura des métrorragies, phénomène très important dans l'histoire des grossesses extra-utérines comme l'a montré NONAT il y a déjà longtemps (2).

Enfin il peut y avoir hémorragie par les deux extrémités de la trompe à la fois, ou seulement par l'ostium abdominale.

Dans ce dernier cas, ou bien l'hémorragie peu abondante sera collectée et enkystée grâce à la réalisation de certaines conditions sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, ce sera l'hématocèle ; ou bien, et ce sont les cas qui nous intéresseront spécialement, l'hémorragie très abondante donnera une *inondation péritonéale*, c'est-à-dire une hémorragie libre, non collectée, ce qui suppose la réunion

(1) PINARD, « *Sur le traitement de la grossesse ectopique* », Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, avril, 1900, p. 84.

(2) NONAT, cité par PONCET in Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

d'un certain nombre d'autres conditions que nous aurons à étudier.

Insistons encore bien ici sur la valeur des termes tels que nous venons de les définir, et évitons les termes vagues et imprécis, tels que hématocele diffuse par exemple, ce qui ne signifie plus rien : « C'est un terme incorrect, encore, comme dit M. J. L. FAURE, qu'il soit compris de tout le monde » (1).

En résumé, ce que nous allons avoir en vue, c'est l'étude des cas où, au cours d'un avortement tubaire, l'œuf étant décollé, sans rupture ni fissure de la trompe, il se produira par l'orifice tubo-abdominal un écoulement de sang suffisant pour donner lieu, non à un simple saignement rapidement enkysté, mais à une véritable inondation péritonéale susceptible d'entraîner la mort du seul fait de l'hémorragie.

Étant donné que ces faits ne nous semblent pas actuellement de notion courante, nous commencerons par en étudier la possibilité, puis le mécanisme au triple point de vue étiologique, anatomique et pathogénique, et nous les décrirons ensuite cliniquement, le tout en nous basant sur les observations que nous avons recueillies à ce sujet.

Nous nous appliquerons à démontrer qu'il ne s'agit pas là seulement de vues de l'esprit et d'idées théoriques, mais nous tâcherons d'en dégager les conséquences qui nous semblent importantes, tant au point de vue du diagnostic que du traitement et du pronostic.

Mais auparavant nous allons, dans le chapitre suivant, exposer en quelques mots l'état de la question à l'heure actuelle.

(1) J. L. FAURE, *Chirurgie des annexes de l'utérus*, in Bibliothèque de Chirurgie contemporaine de Ricard et Rochard, p. 445.

CHAPITRE II

Historique.

Ce chapitre ne peut être qu'un résumé. Nous n'avons pas la prétention de reprendre par le menu les nombreuses opinions émises par les innombrables auteurs qui ont apporté, surtout depuis ces vingt dernières années, leur contribution à la question des hémorragies de la trompe gravis. Le lecteur pourra, s'il désire plus de détails, se reporter à la bibliographie placée à la fin de ce travail. Mais nous voudrions en quelques mots montrer le chemin parcouru et l'état actuel de la question.

*
* *

La grossesse extra-utérine, longtemps méconnue, ne fut ensuite considérée que comme une des causes possibles des hémorragies péritonéales.

C'est en 1853 qu'on trouve à ce sujet un cas décrit par ARAN.

A cette époque, c'étaient l'exhalaison péritonéale, la péritonique hémorragique de VIRCHOW, la pachypéritonite de BERNUTZ et BESNIER, la rupture du plexus utéro-ovarien de RICHER, le reflux du sang menstruel par les trompes de BERNUTZ et A. GUÉRIN qui étaient considérés à tour de rôle comme les causes hémorragipares. CESTAN a longuement rappelé ces choses dans sa thèse (1).

(1) CESTAN, *Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne*, Thèse de Paris, 1894.

Pourtant d'autres observateurs, d'abord RÉCAMIER, NÉLATON, puis et surtout LAWSON TAIT (1) finirent par démontrer que la grossesse ectopique, et particulièrement la grossesse tubaire, était la cause presque constante des hémorragies péritonéales.

Depuis LAWSON TAIT on admit même que « *toute hémorragie de la trompe était fonction de grossesse tubaire* ».

Cette affirmation est un peu trop absolue et notre collègue et ami Louis BAZY a mis nettement en lumière, dans son récent mémoire de médaille d'or, des cas des plus intéressants, inaperçus avant lui, d'hémorragies de la trompe simulant macroscopiquement la grossesse, mais que l'examen histologique approfondi a montrés différents ; et il en a établi la pathogénie et le mécanisme.

Mais pour en revenir à ce qui nous occupe, nous constatons que les cas qui frappèrent les premiers l'attention furent surtout des cas de rupture tubaire et MAYGRIER, dans sa thèse d'agrégation en 1886, sur la terminaison des grossesses extra-utérines, n'envisage guère que ces faits, divisant son travail en cas de rupture et cas de rétention avec ou sans complications.

L'avortement tubaire fut donc au début une chose négligée. Néanmoins bientôt de nombreux auteurs l'étudient à son tour. BLAND SUTTON, WESTERMARK, MARTIN ORTHMANN et beaucoup d'autres, tant en France qu'à l'étranger, en rapportent des cas. ORTHMANN (2) même, donne une statistique de cent vingt-quatre grossesses tubaires avec soixante et une ruptures et soixante et un avor-

(1) LAWSON TAIT, *Lectures on ectopic pregnancy and pelvic Hematocele*, 1888.

(2) ORTHMANN, « *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* », 1894, vol. XXIX, p. 74 et suiv.

tements. MURET fait la division en avortement complet et incomplet (1). En 1893, GAUTHIER, dans sa thèse (2), en cite sept cas opérés et ajoute que « l'avortement est plus fréquent qu'on ne le croit ». PILLIET (3), CESTAN (4), AGUINET (5) et surtout COUVELAIRE (6) en étudient le mécanisme et les conditions. Pour BALFOUR MARSHALL, « l'avortement s'observe plus fréquemment que la rupture » (7). LEJARS émet une opinion analogue (8).

Mais nous ne pouvons citer tous les noms, la simple constatation de l'avortement tubaire étant devenue une chose banale depuis l'époque où nous étions remontés pour la clarté de notre exposé : arrivons au point plus particulier qui nous intéresse.

Pour la plupart des auteurs, la conclusion de l'étude de la rupture et de l'avortement tubaires dans leurs rapports avec les hémorragies péritonéales se résumait en cette formule très simple : *Rupture — inondation péritonéale ordinaire.*

Avortement — hémorragie nulle ou légère donnant une hématorcèle.

Évidemment la formule varie un peu suivant les auteurs. Certains, comme CESTAN, ne voyant pas de raison pour que l'avortement ne soit pas cause lui aussi d'inondation, dit seulement n'en pas connaître d'observation nette, et

(1) MURET, « *Beitrag zur lehre der Tubenschwangerschaft* » (*Zeitschrift. für Geburtshülfe und Gynekologie*, vol. XXVI, 1893, p. 31, 58).

(2) GAUTHIER, Thèse de Paris, 1893.

(3) PILLIET, *Progrès médical*, 7 avril 1894.

(4) CESTAN, Thèse de Paris, 1894.

(5) AGUINET, « *De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques* », Thèse de Paris, 1903.

(6) COUVELAIRE, Thèse de Paris, 1901.

(7) BALFOUR MARSHALL, *Glas. obst. and Gyn. Soc.*, 9 mars 1904.

(8) LEJARS, *Semaine médicale*, 1904, p. 380.

pourtant certains cas qu'il rapporte pourraient sembler démonstratifs, si leur relation n'en était trop brève. Il en est de même pour les observations citées par GAUTHIER. — VIAL, par contre, qui a fait une thèse très complète sur l'avortement tubaire, dit « qu'on ne trouve pas un seul cas de mort uniquement attribuable à l'avortement tubaire ». Pourtant, parmi les observations qu'il cite, il en est qui semblent bien rentrer dans le cadre des inondations, ce qui paraît un élément de gravité peu compatible avec son opinion générale, mais il n'y insiste pas.

Cet optimisme nous semble d'ailleurs démenti par des observations très nettes où l'avortement tubaire, sans rupture, contrairement à la formule apparemment classique dont nous parlions ci-dessus, a été cause d'inondation mettant en jeu la vie de la femme.

BOURSIER, de Bordeaux, au Congrès de Chirurgie de 1902, en a rapporté deux absolument nettes. Pour lui ces cas seraient fréquents et il aurait fait le diagnostic exact avant même d'intervenir dans ceux qu'il relate.

AGUINET, dans sa thèse, insiste sur ces faits et en décrit deux cas inédits très détaillés avec description des pièces, avec une dizaine d'autres qu'il a recueillis dans la littérature médicale tant étrangère que française.

BLAIR BELL (1), HANDFIELD JONES (2), BOUVIER, de Bordeaux (3), en rapportent également. VIGNARD, de Nantes, en parle (4).

(1) BLAIR BELL, *North of England obstetrical and gynecological Society*, 18 déc. 1903.

(2) HANDFIELD JONES, *Obstetrical Society of London*, 2 mars 1904.

(3) BOUVIER, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904, n° 4, p. 69.

(4) VIGNARD, Diagnostic de l'avortement tubaire. *Gazette médicale de Nantes*, t. XXI, p. 10.

Louis BAZY enfin, en 1906, à l'occasion d'un cas qu'il avait pu suivre complètement et dont il avait examiné histologiquement les pièces, esquisse une revue de la question (1).

A partir de cette date, nous avons pu réunir un certain nombre d'autres cas dont certains inédits qui nous ont paru démonstratifs. Et si nous nous sommes déterminé à en faire le sujet de notre thèse, c'est que, bien que cette question de l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire semble devoir être déjà connue par les observations des auteurs que nous avons cités, en réalité il semble que ces cas ont peu attiré l'attention et qu'on soit resté malgré tout à la vieille formule : Rupture, inondation ; avortement, pas d'inondation. Et une de nos observations (2) est typique à cet égard, puisque cette fausse idée des choses a été cause, comme nous le verrons, de la mort de la malade.

Ce qui prouve, d'ailleurs, qu'il reste au moins dans cette question quelques points à approfondir, c'est la discussion qui a eu lieu récemment (3) à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'un rapport de M. Marion sur une observation de M. Silhol ; nous y reviendrons plus loin quant au fond. Ce qu'il nous importait seulement de montrer dans ce très rapide coup d'œil jeté sur l'histoire de la question, c'est que celle-ci, pour n'être pas absolument neuve, n'est pas non plus absolument au point et que nous pouvons espérer que notre modeste contribution ne sera pas tout à fait inutile.

(1) LOUIS BAZY, *Presse médicale*, n° 87, 31 oct. 1906.

(2) *Rf. obs.* I. p. 52.

(3) *Société de Chirurgie de Paris*, Séance du 12 Janvier 1910.

CHAPITRE III

Étiologie.

Dans ce chapitre étiologique nous ne pourrons guère envisager que la fréquence de l'inondation péritonéale au cours de l'avortement tubaire, les causes générales de la grossesse et de l'avortement tubaires n'étant pas de notre cadre, et les causes plus particulières de l'inondation, dans le cas qui nous occupe, étant trop intimement liées au mécanisme que nous étudierons plus loin, pour les en séparer.

*
* *

D'après ce que nous avons vu aux chapitres précédents, l'inondation péritonéale au cours de l'avortement tubaire est donc un accident possible : des auteurs divers en ont publié des cas indéniables et nous en avons étudié un certain nombre que nous apportons ici et qui ne nous semblent pas permettre de mettre la chose en doute.

Mais est-ce bien là un accident fréquent ou une rareté pathologique ?

Il est certain qu'il est bien difficile d'en faire une statistique ayant quelque valeur à l'heure actuelle. Comme nous l'avons dit, c'est un accident auquel jusqu'ici on a peu prêté attention : et c'est ainsi que dans une observation que nous rapportons plus loin le chirurgien, devant l'aspect sain d'une trompe non rompue, a pu refermer le ventre sans supprimer la cause de l'hémorragie qui l'avait amené

à intervenir : l'avortement tubaire dans une grossesse toute jeune ; la trompe resta en place, continua à saigner et la femme mourut (1).

La simple possibilité de faits semblables montre que, quand bien même l'inondation dans l'avortement tubaire serait une rareté, il faudrait la connaître et y penser. Mais ce n'est pas une rareté si grande, croyons-nous.

Seulement, il est bien des causes qui convergent pour gêner la réunion sur ce sujet d'observations bien prises dont on puisse tirer une interprétation à l'abri de la critique.

Il arrive souvent qu'au cours d'une opération l'annexe coupable se trouve déchirée au moment de l'ablation : et il est difficile d'affirmer qu'elle n'était pas rompue auparavant. Pourtant nous verrons que l'examen histologique peut nous permettre dans ce cas une distinction entre la déchirure accidentelle et la rupture spontanée. Mais sur le moment, et n'étant pas prévenu, on conclut simplement à la banale rupture : et l'observation est perdue.

D'autre fois il se trouve qu'une personne présente à l'opération se saisit de la pièce dès qu'elle est dans le plateau, et la lacère avec des ciseaux ou un bistouri sous prétexte de l'examiner ; la pièce perd alors sa valeur et ce malheureux empressement nous a certainement coûté, à notre connaissance, au moins une observation intéressante, si ce n'est plus.

Dans d'autres cas, la malade, arrivant brusquement dans un état d'anémie extrême, est opérée d'urgence par le chirurgien ou l'interne de garde : pour une raison ou une autre, on ne prête pas attention à la pièce, qui est égarée,

(1) Rf. Obs. I, p. 52.

et l'observation qui n'a pu être prise sur-le-champ, à cause de la faiblesse même de la malade, n'a plus d'intérêt pour celui qui la recueille les jours suivants et qui n'est pas au fait de la question.

Plusieurs de nos collègues, quand nous recherchions des observations sur notre sujet, nous ont dit en avoir certainement vu, nous donnant même des détails très nets de mémoire, mais, pour les différentes causes que nous avons énumérées, la relation écrite et surtout complète manquait.

Mais ce qui manque le plus souvent, c'est l'examen histologique complet des pièces : or, c'est surtout là-dessus que nous devons nous baser pour tâcher d'élucider le mécanisme intime des accidents dont nous parlons.

Aussi on ne s'étonnera pas du nombre relativement petit des observations sur lesquelles nous appuierons constamment nos dires. Nous avons, en effet, éloigné toutes celles qui, sur un point quelconque, pourraient prêter à discussion et, par conséquent, celles qui ne comportaient point un examen histologique soigneux.

Cette question a d'autant plus d'importance depuis que Louis Bazr a montré qu'il est des cas d'hémorragies tubaires abondantes sans grossesse ; aussi est-il de toute nécessité, non plus seulement de dire que macroscopiquement la trompe est intacte, mais encore de prouver microscopiquement qu'il y a bien grossesse, car cela n'est pas toujours aussi évident qu'on pourrait le croire au premier abord.

Donc, pour toutes ces causes, nous croyons que l'inondation dans l'avortement tubaire est un accident plus fréquent qu'on n'en pourrait préjuger d'après le nombre des observations que nous avons citées dans la littérature médi-

cale et celles inédites que nous apportons ici. Nous sommes persuadé que l'on en rencontrera davantage lorsque, étant plus averti de ces faits, on les repérera avec plus de soin; et nous avons dit — et nous tâcherons de le prouver — pourquoi il n'est pas inutile de connaître ces cas afin de les dépister le plus rapidement possible.

Il est évident d'un autre côté que, de même que la rupture, l'avortement est moins fréquent depuis qu'on diagnostique mieux la grossesse extra-utérine, ce qui rend plus fréquente l'opération rapide avant tout accident. Mais cela est moins vrai peut-être pour l'avortement que pour la rupture.

Comme nous le verrons, il s'agit, dans la majorité des cas qui nous occupent, de grossesses excessivement jeunes, souvent même sans retard de règles appréciable, et dans lesquelles les accidents surviennent avant que rien n'ait attiré l'attention de ce côté.

Il est vrai, d'ailleurs, que la rupture peut survenir dans les grossesses tubaires très jeunes aussi : surtout dans les grossesses isthmiques et interstitielles. En tout cas, en considérant la fréquence relative de l'inondation dans la rupture et dans l'avortement, il est évident que cet accident est bien plus fréquent dans le premier cas où il est presque la règle. En admettant même avec les auteurs que nous citons plus haut que l'avortement survienne à peu près aussi souvent que la rupture dans les grossesses tubaires, il est clair que les inondations consécutives à l'avortement seront bien moins fréquentes que celles qui suivront la rupture : le débit moindre du sang, coulant en nappe et non en jet, souvent par crises successives, sa coagulation plus facile, rendront d'ordinaire plus efficaces les obstacles

formés par les adhérences d'inflammations anciennes qui accompagnent fréquemment la grossesse tubaire dont elles peuvent même être la cause première ; et c'est pourquoi l'avortement peut, en bien des cas, évoluer presque silencieusement ou ne donner lieu qu'à des hémorragies enkystées : mais tout cela est justement le fond même de la question et c'est ce que nous approfondirons au chapitre suivant, en étudiant le mécanisme capable de produire l'inondation.

Ce que nous devons seulement retenir de ce qui précède, c'est que l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire, pour n'être pas évidemment un accident aussi fréquent que dans les cas de rupture, n'est pourtant pas si rare qu'on doive la négliger : et cette notion a une grosse portée clinique, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue de l'intervention.

CHAPITRE IV

Anatomie et Pathogénie.

Tous les accidents de la grossesse tubaire, quel que soit leur processus ultérieur : rupture, avortement, hémato-salpinx, ont une phase commune que COUVELAIRE a appelée l'*apoplexie ovulaire* (1).

Les opinions varient seulement sur les causes mêmes de cette apoplexie.

Pour les uns, comme PILLIET, CESTAN (2), il s'agit d'une hypotrophie de l'œuf : « Les villosités placentaires s'atrophient, leurs arborisations diminuent, leur axe reste grêle ; la plupart subissent la transformation fibreuse, d'autres une transformation myxomateuse qui les fait ressembler aux vésicules hydropiques des môles hydatiformes de l'utérus. A mesure qu'elles s'atrophient les vaisseaux maternels se débouchent et à chaque poussée congestive, soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorragie en nappe entre le placenta et la paroi tubaire » (PILLIET). Cliniquement, ces réactions s'accompagnent de douleurs et de pertes survenant à propos de causes congestives quelconques, règles, trauma, examen, coït : cette cause occasionnelle est particulièrement nette dans certaine de nos observations.

Pour d'autres auteurs plus récents on doit distinguer

(1) COUVELAIRE, Thèse de Paris, 1901.

(2) PILLIET cité par CESTAN, Thèse de Paris, 1894.

deux cas : l'hémorragie extra-ovulaire et l'hémorragie intra-ovulaire.

L'hémorragie extra-ovulaire amène un décollement de l'œuf et parfois même un éclatement de sa capsule au niveau de sa réfléchie : ce que WERTH (1) appelle la rupture capsulaire interne par opposition à la rupture tubaire proprement dite qu'il appelle rupture capsulaire externe en rapprochant les deux processus.

Mais nous venons de prononcer le mot de réfléchie à propos du pôle libre de l'œuf : ouvrons une parenthèse pour dire que nous n'entendons pas par là assimiler cette formation à la réfléchie des grossesses utérines : « La membrane limitante du pôle libre de l'œuf, a dit COUVELAIRE (2) ne fait que topographiquement fonction de réfléchie ». Et CORNIL (3) a décrit cette pseudo-réfléchie comme constituée par une émanation du tissu conjonctif de la trompe entourant l'œuf à sa superficie et venant établir une limite entre la portion de la trompe où s'implante l'œuf et la portion restée normale. Du côté de l'œuf on voit des plaques syncytiales et du côté de la trompe un épithélium cylindrique à cils vibratiles. D'ailleurs le pôle libre ne tarde pas à atteindre la paroi tubaire opposée.

Donc dans l'hémorragie extra-ovulaire, il y a décollement de l'*œuf vivant* par l'hémorragie.

Dans l'hémorragie intra-ovulaire, au contraire, il y a tout d'abord *mort de l'œuf* et c'est cela même qui amène

(1) WERTH, « *De la grossesse extra-utérine* ». Rapport au Xe Congrès de la Société allemande de gynécologie, Würzburg, 1903, 3-6 juin.

(2) COUVELAIRE, Thèse de Paris, 1901.

(3) CORNIL, « *Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire* ». Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n° 1, février 1900.

l'atrophie des villosités et la béance des sinus placentaires : l'hémorragie n'est plus la cause mais la conséquence de la mort de l'œuf.

*
* *

Somme toute, il faut admettre qu'il faille incriminer tantôt une *insuffisance de la nutrition de l'œuf*, mais tantôt aussi une *fragilité vasculaire spéciale*.

Pour certains, comme ASCHOFF (1), c'est parce que les vaisseaux sont plus courts et plus droits que ceux de l'utérus (disposés en vrille et pouvant s'allonger), qu'ils peuvent se rompre plus facilement.

Mais si cette fragilité est évidemment due parfois aux mauvaises conditions de développement de l'œuf, à ce facteur il semble légitime d'en ajouter un autre : c'est l'*infection*.

Non seulement celle-ci prédispose en effet à la grossesse tubaire elle-même, mais par l'hyperhémie et la néoformation vasculaire qu'elle détermine, elle semble bien devoir jouer un rôle dans cette fragilité vasculaire : les vaisseaux néoformés, composés seulement d'un endothélium, étant évidemment prédisposés à devenir une cause d'hémorragie.

Pourtant on ne peut affirmer l'infection comme constante d'après les observations que nous avons recueillies : dans certains cas, on ne relève aucun passé génital, ni lésions de salpingite même histologique, mais, par contre, dans ces cas, nous avons trouvé des *lésions kystiques* plus ou moins accentuées sur l'ovaire du même côté. Et l'on

(1) ASCHOFF, « Die Beziehungen der tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur », Arch. für Gynak., t. LX, fasc. 3, p. 523-533.

peut se demander comme l'a fait Louis BAZY « s'il ne faut pas voir dans la présence du kyste plus qu'une simple coïncidence et si la transformation kystique de l'ovaire ne peut pas jouer un rôle, non seulement dans l'insertion vicieuse de l'œuf au niveau de la trompe, mais encore dans sa destinée, c'est-à-dire dans l'interruption précoce de la grossesse. Cela cadre d'ailleurs tout à fait avec les idées exprimées par FRAENKEL (1), dans un mémoire des plus intéressants sur la fonction du corps jaune et sur les rapports des maladies de l'ovaire et plus spécialement du corps jaune avec les anomalies d'insertion et de développement de l'œuf humain. »

Bien plus, FORGUES et MASSABUAU, dans un récent travail sur l'ovaire à petits kystes, ont montré combien celui-ci influait sur l'état congestif et la tendance aux hémorragies (2).

Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, on peut, en résumé, dire que l'apoplexie ovulaire est, d'une façon générale, due à l'insuffisance de nutrition, à la fragilité vasculaire par néoformation, conséquence de la greffe ovulaire et souvent de l'infection, à l'excès de tension, à la congestion par hyperhémie due aux mêmes causes, sans compter les causes occasionnelles : menstrues, traumatismes, examen, excès, coït, etc...

*
* *

Donc, ayant ainsi étudié les causes de l'apoplexie ovulaire, quelles sont à présent les conditions qui favoriseront plutôt l'avortement ou la rupture?

(1) FRAENKEL, « *La fonction du corps jaune* », *Arch. für Gyn.*, 1903, Bd. LXVIII, Heft II.

(2) FORGUES et MASSABUAU, *Revue de gynécologie*, avril 1910, p. 319.

Deux éléments surtout sont intéressants ; c'est le siège de la grossesse d'une part, son âge d'autre part.

Le siège, tout d'abord, est évidemment un fait primordial : l'avortement tubaire est l'apanage exclusif des grossesses ampullaires et on ne le rencontre jamais dans les grossesses isthmiques ; TAYLOR (1), DOLERIS (2), PINARD (3), WERTH (4), AGUINET (5) et surtout COUVELAIRE (6) ont insisté sur ce fait ; ce dernier résume ainsi les grands caractères des grossesses isthmiques : apoplexie ovulaire précoce, s'accompagnant de rupture primaire intrapéritonéale du sac et d'hémorragie diffuse. Ces caractères seraient dus au calibre réduit de la trompe à ce niveau, ce qui causerait la greffe de l'œuf sur toute l'étendue de la paroi ; et aussi au peu d'extensibilité de la portion isthmique.

On a invoqué aussi l'absence, dans la grossesse isthmique, d'orifices tels que l'ostium abdominale qui laisse au sang une voie d'échappement, sorte de « soupape de sûreté » : cela favoriserait la rupture. En réalité, cela ne nous semble pas très juste, car l'ostium utérinum peut jouer le même rôle.

Donc toute grossesse isthmique est vouée à une rupture précoce. Cela n'exclut pas d'ailleurs la rupture dans la grossesse ampullaire : mais c'est dans celle-ci seulement que nous rencontrerons l'avortement. Quant à la rupture,

(1) TAYLOR, « *On extra-uterine pregnancy* ». The Lancet, 28 mai, 4, 48, 25 juin, 1898.

(2) DOLERIS, « *Sur le traitement de la grossesse ectopique* » Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, avril 1900, p. 84.

(3) PINARD, *Ibid.* (discussion).

(4) WERTH, X^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, Würzburg, 1903.

(5) AGUINET, Thèse de Paris, 1903.

(6) COUVELAIRE, Thèse de Paris, 1901.

dans ces cas, COUVELAIRE s'exprime ainsi à son sujet : la rupture primaire est plus tardive dans la grossesse ampullaire que dans l'isthmique.

Et cela nous amène au second élément influant sur l'avortement et la rupture, c'est *l'âge de la grossesse*.

L'avortement se produit dans les grossesses ampullaires jeunes. Certains même, comme VIAL, prétendent que l'avortement complet après le deuxième mois est impossible (1). MARTIN, par contre, l'a vu se produire au neuvième mois (2) : mais ce fait semble bien exceptionnel ; dans les cas que nous rapportons, en effet, il s'agit presque toujours de grossesses minimales, si minimales que, cliniquement, il n'y a souvent pas de signes de grossesse ; il n'y a que peu ou pas de retard dans les règles ; c'est souvent au moment de celles-ci que les phénomènes apparaissent : c'est la congestion menstruelle qui décolle l'œuf.

On peut se demander d'ailleurs pourquoi cela se fait plus facilement dans certaines grossesses que dans d'autres : c'est là qu'intervient probablement cette fragilité vasculaire spéciale où l'infection et les autres causes dont nous parlions plus haut jouent sans doute leur rôle.

L'excès de tension a du reste sa part et se manifeste même nettement dans certains cas, comme celui (3) que nous rapportons où les accidents apparurent après des excès de table et de coït.

Il y a un fait certain, c'est que la grossesse est ordinairement

(1) VIAL, Thèse de Nancy, 1898-1899.

(2) MARTIN, « *Krankheiten der Eileiter* », Leipzig, 1895.

(3) Rf. Obs. I, p. 52.

rement si jeune que la trompe semble normale à première vue et que cela a pu être une cause d'erreur, le point qui saigne étant passé inaperçu. À peine, dans certains cas, semble-t-elle un peu œdématiée par gêne circulatoire. Parfois elle est un peu augmentée de volume, à cause du sang y contenu qui s'est coagulé et durci.

En tous cas, ce n'est pas, comme le dit BLAND SUTTON (1) parce que la trompe revient sur elle-même mais bien plutôt parce que, la grossesse étant si jeune, l'embryon si petit (5 millimètres à peine), la trompe n'a pas encore pris de volume : et cela est bien prouvé par les examens histologiques; la trompe est partout normale sans éléments de dilatation.

Examinons à présent les raisons que l'on a pu donner de la jeunesse habituelle de la grossesse dans l'avortement tubaire.

Tout d'abord on a invoqué l'*union peu intime entre la muqueuse de la trompe et les villosités placentaires* à ce moment : le moindre épanchement sanguin suffirait donc à détruire leurs rapports réciproques.

Cela pourrait être vrai s'il s'agissait d'une grossesse utérine, mais en réalité, dans la grossesse tubaire les choses se passent différemment; l'œuf pénètre la trompe en la détruisant devant lui, couche par couche, progressivement, jusques et y compris le péritoine : *il n'y a pas union, il y a substitution.*

C'est pour cela que le second argument proposé nous semble plus exact. Le voici : on a fait observer que *la trompe, encore peu distendue quand la grossesse est jeune,*

(1) BLAND SUTTON, « *On some points in the pathology of tubal pregnancy* » The Lancet, 8 fév. 1891, p. 474.

oppose à la rupture une résistance plus considérable, ce qui favorise plutôt l'avortement. Mais on a ajouté aussi que l'augmentation du système musculaire encore présent dans les grossesses jeunes fournit des contractions assez puissantes pour exercer sur l'hémorragie une action frénatrice indubitable. Cette dernière affirmation, primitivement admise par Louis Bazy, lui a semblé comme à nous, après examen approfondi, moins exacte. C'est vouloir pousser trop loin l'analogie avec ce qui se passe dans l'utérus : si dans celui-ci, en effet, le système musculaire s'hypertrophie, s'il se produit même des néoformations musculaires, il n'en va pas de même dans la trompe. Nous venons même de voir que l'œuf détruisait devant lui le tissu tubaire et se substituait à lui ; si donc le tissu musculaire qui persiste à distance de l'insertion ovulaire a quelque action, elle est diamétralement opposée à l'action frénatrice en question : elle tend au contraire à augmenter la tension au niveau du point d'implantation de l'œuf, là où la tunique musculaire disparaît rapidement et où la résistance est plus faible ; elle tend donc à le décoller, à le chasser ou à le faire éclater, et, loin de s'opposer à l'hémorragie, elle ne peut que l'augmenter et l'entretenir. Et cela est très important car c'est, à notre sens, et à l'encontre de l'opinion émise jusqu'ici, une explication de la continuité de l'hémorragie dans l'avortement, s'ajoutant aux autres causes que nous avons déjà signalées.

Enfin on a pu dire que si l'avortement se fait dans les grossesses jeunes, c'est que *l'orifice abdominal de la trompe est encore ouvert au début de la grossesse.*

BLAND SUTTON, en effet, a montré (1) que l'ostium

(1) BLAND SUTTON, The Lancet, 8 fév. 1891, p. 474.

abdominale reste ouvert pendant le premier mois mais que par la suite, et souvent très rapidement, il se ferme par turgescence et agglutination de ses franges — mécanisme à rapprocher de celui qu'à étudié REYMOND dans les salpingites — et surtout par une modification curieuse de la collerette péritonéale adjacente à l'ostium, laquelle est œdématiée, participant à la congestion de la trompe ; elle devient très apparente, formant une sorte d'anneau irrégulier qui est comme projeté au-dessus du plan de l'orifice abdominal, et finalement vient le fermer hermétiquement. Cette fermeture de l'orifice abdominal est, en général, complète vers la huitième semaine.

Il convient d'ajouter pourtant que tous les auteurs ne partagent pas entièrement la manière de voir de BLAND SUTTON et admettent que dans certains cas l'orifice abdominal peut rester ouvert jusqu'au stade le plus avancé de la grossesse ectopique : témoin, d'ailleurs le cas cité par MARTIN d'un avortement au neuvième mois.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que la perméabilité de l'orifice abdominal de la trompe est une condition absolument indispensable à la production de l'inondation péritonéale.

*
* *

En résumé, d'après ce qui précède nous savons donc maintenant que nous avons affaire à une *grossesse ampullaire, jeune*.

Que l'apoplexie soit extra ou intra-ovulaire, l'œuf est décollé, les sinus placentaires ouverts.

Quels seront les caractères de l'hémorragie qui en est la conséquence ?

Elle sera toute différente de l'hémorragie de rupture, car dans celle-ci l'hémorragie veineuse s'accompagne de l'hémorragie artérielle due à la déchirure de la paroi. Dans l'avortement, au contraire, le sang des sinus est veineux, coule, sous faible pression, par un étroit orifice; et l'hémorragie devient grave non par sa rapidité mais par sa continuité: comme nous l'avons déjà dit, la contraction des fibres musculaires, qui sont détruites au niveau de l'œuf, mais qui peuvent persister à distance, loin de limiter l'hémorragie, comme on serait au premier abord tenté de le croire, l'entretient au contraire.

Si l'on tient à comparer ce qui se passe là avec ce qui se passe dans l'utérus, nous comprendrons que le mécanisme en est diamétralement opposé. Dans l'utérus les fibres musculaires forment, a dit PINARD, de vraies ligatures vivantes; quand l'utérus se contracte, c'est toute la zone d'insertion du placenta, tout ce qui est au-dessus de l'anneau de Bandl qui vient former le « globe de sûreté », comme l'a encore dit PINARD. Le reste est flasque; et c'est même une cause d'hémorragie dans les cas de placenta inséré bas.

Dans la trompe, c'est justement la partie qui devrait se contracter, le point d'insertion ovulaire, la zone où est inséré le placenta, qui reste flasque, tandis que le reste se contracte et forme ainsi ce qu'on pourrait appeler par symétrie le « globe de danger ».

La démonstration expérimentale de ce que nous exposons là se fait tous les jours lorsqu'on pratique une saignée: à chaque contraction des muscles de l'avant-bras, le jet de sang se fait plus intense. Et c'est ainsi qu'est pressé et exprimé le placenta dans la trompe gravide par les

fibres musculaires voisines intactes et qu'est entretenue la continuité et la persistance de l'hémorragie.

Cette continuité explique la progression lente des accidents, l'abondance finale du sang épanché, comme le montrent les observations, d'où l'aspect clinique bien particulier.

« Il y a là, dit Louis BAZY dans son observation (1), une véritable inertie tubaire en tout point comparable à l'inertie utérine, qui s'explique par ce fait que la trompe est un organe beaucoup moins contractile que l'utérus, non préparé comme celui-ci à remplir le rôle d'organe de la gestation, dans lequel enfin l'infection prolongée n'a pas été souvent sans jouer un rôle, en diminuant la vitalité des tissus et en produisant, comme le veut la loi de Stokes, la paralysie de la couche musculaire sous-jacente à la muqueuse infectée. » Mais nous ajouterons de plus, d'après ce que nous avons dit sur la disposition et l'état des fibres de la trompe au moment de l'avortement, que celles qui peuvent subsister ne font, par leur contraction, qu'augmenter plutôt et entretenir l'hémorragie.

*
* *

Enfin différents auteurs — parmi lesquels MURET (2), BLAND SUTTON, les premiers — ont essayé d'établir une différence entre les avortements *complets* et *incomplets* au point de vue de l'hémorragie, ces derniers donnant des hémorragies plus abondantes.

Rappelons d'abord que nous avons déjà dit comment l'avortement complet n'est que théorique, et comment, au point de vue histologique, il reste toujours quelques débris,

(1) Louis BAZY, *Presse médicale*, 1906, n° 87.

(2) *Rev. de gyn.*, 10 avril 1898.

villosités, cellules déciduales, qui font que l'avortement n'est jamais complet ; mais, à part cela, les cas que nous avons étudiés, complets et incomplets, ont évolué d'une façon analogue en clinique.

La théorie ne semble donc pas exacte : cela tient d'ailleurs à ce que l'on veut, là encore, trop assimiler les phénomènes qui se passent dans la trompe à ceux de l'utérus. Dans celui-ci les débris placentaires sont l'épine irritative, cause de l'hémorragie ; ils gênent le fonctionnement des fibres musculaires qui devraient l'arrêter. Dans la trompe, au contraire, nous le répétons, c'est la perte du muscle et le défaut de faculté de se régénérer qui causent l'hémorragie.

*
* * *

En dernier lieu il nous faut noter aussi une conséquence due à l'hémorragie, lorsque l'ostium de la trompe est **bouché** : c'est l'*éclatement* de la trompe.

Ce processus diffère de la rupture en ce sens que celle-ci est primitive, se produisant essentiellement au niveau de l'insertion de l'œuf pour les raisons de substitution que nous avons exposées plus haut ; l'éclatement, au contraire, est secondaire à un avortement qui s'est effectué tout d'abord, puis l'hémorragie se continuant et ne pouvant forcer l'ostium déchire alors la paroi de la trompe en un point quelconque.

Ce point de détail a son importance car il transparait en clinique : l'inondation péritonéale est brusque comme dans les cas de rupture, mais elle est précédée de quelques prodromes comme dans les cas d'avortement. Cela est inté-

ressant quant à l'indication opératoire : nous en rapportons plus loin (1) une observation.

*
* *

Avant de clore ce chapitre, il est encore un point sur lequel il nous faut insister parce qu'il fut un sujet de discussion lors de la récente (2) séance de la Société de Chirurgie à laquelle nous avons déjà fait allusion.

A cette séance, M. POTHERAT demanda sur quoi Louis BAZY s'était fondé dans l'observation qu'il avait publiée en 1906 pour affirmer qu'il avait affaire à une grossesse récente. Il rappela d'anciennes observations de ROBIN en 1855 où des hématosalpinx dus à des grossesses tubaires anciennes avaient provoqué des hémorragies pelviennes et même abdomino-pelviennes. PILLIET, en effet, étudia également ces cas et retrouva des traces de placentation au niveau de la muqueuse tubaire.

La réponse à M. POTHERAT est facile. En premier lieu nous ferons remarquer que depuis 1855 les conditions d'observation ont bien changé. A cette époque la laparotomie pour grossesse extra-utérine n'était pas chose précisément courante. Les pièces que les anatomo-pathologistes pouvaient examiner étaient plus facilement des lésions déjà anciennes chez des malades qui avaient très bien pu ne pas mourir immédiatement de leurs accidents hémorragiques.

D'ailleurs, la question n'est pas là. Il est très facile de savoir, de par les seuls caractères histologiques, si une grossesse est récente ou si elle est ancienne. Dans le cas

(1) Rf. Obs. III, p. 59.

(2) 12 janvier 1910.

qui a donné lieu à la discussion, et dont on trouvera plus loin (1) l'exposé complet, on peut facilement affirmer deux choses :

1° La grossesse est jeune. Cela est évident de par la petitesse extrême du placenta et l'absence de modification de la trompe. Les franges de la trompe ne sont pas modifiées et le caillot qui les baignait, d'ailleurs uniquement composé de globules rouges vivants et non mélangés à la fibrine, n'adhérât pas à la muqueuse, ce qui ne peut se produire que dans les lésions tout à fait récentes.

3° L'interruption de la grossesse venait de se faire. — C'est un phénomène que nous pouvons déduire de l'aspect que présentaient les villosités qui, dans le cas particulier, étaient absolument complètes et caractéristiques dans tous leurs éléments.

Or, rien n'est plus fragile qu'une villosité : ceci n'est pas un fait nouveau et CORNIL l'a mis en relief depuis longtemps déjà. Très rapidement, lorsque les villosités ont perdu leur raison d'être, c'est-à-dire lorsque la grossesse a été interrompue, elles perdent en même temps leur aspect caractéristique : leur bordure cellulaire disparaît très rapidement et est remplacée par une mince bande de fibrine.

Donc on voit qu'il est facile d'affirmer que la *grossesse est récemment interrompue*.

D'ailleurs, Louis BAZY, dans son travail sur les hémorragies de la trompe non gravide, a forcément été obligé d'insister sur tous ces signes de reliquat de grossesse ancienne et on les trouvera longuement décrits et figurés dans son mémoire (2).

(1) Rf. Obs. IV, p. 62.

(2) A paraître dans la *Revue de gyn.*, juillet 1910.



Quant à nous, pour nous résumer, nous dirons donc qu'il s'agira, dans les cas qui nous occupent, de *grossesses ampullaires ordinairement très jeunes et récemment interrompues*.

Les cas de grossesses anciennes causes d'hémorragies pourraient d'ailleurs pourtant entrer, à la rigueur, dans notre cadre à titre de complications tardives de l'avortement, mais ce ne sont pas ces cas que nous avons en vue ici ; ils sont d'ailleurs susceptibles de former une classe à part.

CHAPITRE V

Clinique.

Nous savons à présent par quel mécanisme va se produire l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire, comment l'œuf décollé causera une hémorragie qui va sourdre goutte à goutte par le pavillon de la trompe, remplissant peu à peu le péritoine, et déjà nous pouvons prévoir quelle sera l'allure clinique de cet accident.

N'oublions pas non plus ce que nous avons dit sur la jeunesse parfois extrême de l'œuf, car cette notion, elle aussi, a une grande valeur dans l'interprétation de ce qui se passe en clinique.

*
* *

Ayant à faire, en effet, à des grossesses souvent à peine âgées d'un mois, il est un facteur important qui nous manquera fréquemment pour aiguiller au début notre diagnostic, c'est la notion de trouble dans les époques menstruelles : la femme aura ses règles normalement le premier du mois et ce sera vers le 20, par exemple, que se produiront les accidents. Dans d'autres cas, ceux-ci surviendront juste à l'époque des règles, arrivant à leur date, comme si, avons-nous dit, c'était le flot menstruel qui décollait l'œuf. Parfois, comme dans un cas de KELLY, les dernières règles, survenues dix jours auparavant, ont été seulement très douloureuses (1).

(1) KELLY, *Glasgow obstetrical and gynecological Society*. Séance du 25 mai 1904.

Pourtant il est aussi des cas, mais plus rares, où un retard appréciable des règles pourra parfois diriger notre attention : mais ces cas sont bien moins fréquents que dans la rupture, où souvent la femme sait ou croit savoir qu'elle est enceinte, et où la menstruation supprimée, diminuée ou retardée, ou bien encore remplacée par des métrorragies après une suspension plus ou moins longue, aiguillera notre diagnostic.

Donc, première difficulté à noter : jeunesse ordinaire de la grossesse, ignorée même de la patiente, et absence de troubles menstruels.

Pour cette même cause également, nous n'avons pas non plus d'expulsion de caduque ordinairement, et si, parfois, il y a un léger écoulement sanguin vaginal, il est le plus souvent fort peu important et peut passer inaperçu dans bien des cas.

Une seconde difficulté vient du silence dans lequel se fait le début des accidents, tout à l'encontre de ce qui se passe dans la rupture.

Dans celle-ci, en effet, le début est dramatique : c'est la douleur qui ouvre la scène et elle est ordinairement typique ; c'est une douleur intense, en coup de poignard, donnant à la malade une sensation d'arrachement et de déchirement, siégeant ordinairement en un point précis dans le petit bassin et irradiant de là vers les flancs, l'hypochondre, l'épigastre.

Cette douleur est d'une durée variable, accompagnée ou non de syncope, mais surtout elle est le premier symptôme et survient brutalement au milieu d'un état de bonne santé apparente.

Tout autre est le tableau dans le cas d'avortement : tou-

jours à cause de la jeunesse ordinaire de la grossesse, l'œuf, la plupart du temps, s'est décollé silencieusement (1) et le sang se met à couler goutte à goutte par le pavillon, non moins en silence. Il en résulte qu'avant les accidents graves, qui forcément nous mettront en garde, il existe ordinairement une sorte de *période prodromique* mais pendant laquelle l'attention n'est pas éveillée, au moins au début.

La femme, en effet, commence seulement par se sentir mal à l'aise. C'est un malaise indéfinissable : un peu d'écœurement, de lourdeur de tête et de pesanteur abdominale ; et la patiente y prête elle-même d'autant moins attention, du moins au début, que le décollement de l'œuf s'est souvent fait à l'occasion d'excès, excès de table ou de coït, qui suffiraient à eux seuls, au prime abord, à expliquer ces légers troubles.

Mais ceux-ci, loin de s'atténuer, s'en vont augmentant, soit insensiblement, soit par poussées successives ; parfois apparaît une légère perte vaginale, mais surtout la céphalée, les vertiges, la lipothymie : enfin, *brusquement*, lorsque cette hémorragie silencieuse a atteint certain degré — *et il y a parfois déjà 24 heures que cela dure et deux ou trois litres de sang dans le ventre* — comme si une dernière goutte venait faire déborder le vase, *brusquement* la femme a une syncope et perd plus ou moins connaissance. C'est vers ce moment aussi que la *douleur* est devenue plus nette : ce n'est plus la vague pesanteur du début, mais ce sont des coliques qui, pour n'être pas

(1) Dans certaines observations on peut pourtant trouver une douleur passagère à ce moment, puis tout semble rentrer dans l'ordre.

toujours aussi vives ni aussi nettement limitées en un point que dans les cas de rupture, n'en sont pas moins souvent violentes.

Enfin, à partir de ce moment, tout le *syndrome de grave hémorragie interne* est constitué : pâleur du visage, décoloration des muqueuses, refroidissement et cyanose des extrémités, facies grippé, anxieux, pouls petit, rapide, fuyant, puis filiforme et incomptable, tandis que la température reste basse et parfois au-dessous de la normale.

A ce tableau s'ajoutent l'agitation parfois ébrieuse, les troubles respiratoires, la dyspnée, le hoquet, les troubles sensoriels divers, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, la vue qui se voile ou disparaît.

Avec ces troubles fonctionnels et généraux, notons les symptômes physiques : le ballonnement du ventre, qui voile souvent à la percussion la matité des parties déclives, tandis que le toucher vaginal ou rectal pourra en quelques cas, très rares d'ailleurs, montrer l'envahissement du Douglas par une collection liquide abondante ; tandis que, d'autre part, l'utérus, petit, est mobile, le col fermé, un peu gros peut-être, et mou à l'extrémité, les annexes peu appréciables, les culs-de-sacs latéraux déprimés.

Enfin, si la malade est revenue de sa syncope initiale, si elle n'est pas encore dans le collapsus ou le coma, son intelligence est souvent intacte et elle se rend compte de son état.

*
* *

Somme toute, ce tableau bruyant qui succède à la période silencieuse est celui de toutes les grandes hémorragies internes, et rien ne le différencie nettement des cas

de rupture si l'on n'a pas la notion de la phase précédente, soit par ce que nous racontera la femme ou son entourage, soit parce que nous en aurons été témoin, ayant été appelés dès le début.

Cette dernière éventualité sera évidemment plutôt rare, au moins pour ce qui est du tout premier début, puisque nous avons montré combien il était souvent silencieux ; et d'ailleurs, à cette période, rien ne nous aurait aiguillé vers les organes génitaux puisque la femme ne se plaint pas de ce côté et qu'elle n'accuse aucun trouble menstruel : nous avons vraiment des chances d'aller vers l'absence ou l'erreur de diagnostic.

Et même si, au début, la vague pesanteur dont se plaint la patiente, ou un léger écoulement, nous amène à la toucher, nous n'aurons pas grand renseignement : au moins aurons-nous peu de chances de penser à une fausse couche utérine, comme le cas peut se présenter lorsqu'il s'agit d'une rupture, avec écoulement sanguin vaginal plus ou moins abondant, et expulsion de caduque.

Dans certaines observations, nous voyons qu'on a pu, dans ces cas, penser à une appendicite ou une salpingite légères et même à une colique néphrétique.

Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'appelés ainsi dès le début, nous ne pourrions guère conclure, nous bornant sans doute à conseiller le repos et les injections chaudes, sans prévoir la réalité.

Pourtant, si nous sommes appelés à voir la malade un peu plus tard, à un peu plus de distance du début des accidents, peut-être pourrions-nous soupçonner le danger, si déjà le facies est un peu pâle, le pouls déjà un peu rapide avec absence de fièvre.

Il ne faut guère compter sur le toucher; la fluctuation dans le Douglas et la crépitation neigeuse, si des caillots se sont déjà formés à ce niveau, nous semblent bien théoriques.

On peut aussi penser à percuter les parties déclives, mais on sait qu'il faut alors déjà un litre ou un litre et demi de sang épanché pour trouver de la matité, et nous serions alors bien près du moment de la crise où les signes d'hémorragie interne, devenus nets, imposeront le diagnostic.

Mais, somme toute, il est bien certain que si nous arrivons à soupçonner ou à poser le diagnostic avant les accidents bruyants, ce ne sera que si nous sommes avertis de ces faits et si nous connaissons l'allure insidieuse que prend l'hémorragie.

*
* *

Mais l'hémorragie n'est pas toujours aussi régulièrement progressive et continue que nous l'avons décrite tout d'abord : il est des cas où elle procède par *poussées successives* et on a plus de loisir ici pour faire son diagnostic.

Il y a alors une série de petites crises douloureuses, successives, qui sont comme la monnaie de la grande crise ordinaire, avec de petites pertes vaginales, tandis que le toucher donne une sensation de tension dans la trompe qui est alternativement augmentée puis diminuée de volume, d'un jour à l'autre, comme si elle se vidait par à-coups : et c'est bien ce qui se passe réellement, et chaque fois un peu de sang file par l'ostium utérinum vers l'utérus et le vagin, et surtout par le pavillon dans le péritoine; et par des examens successifs on sent le Douglas s'empâter

et se remplir progressivement, jusqu'à ce qu'une crise un peu plus forte nous ramène au tableau de l'hémorragie immédiatement grave et *d'autant plus grave* que la femme est déjà fort anémiée : cette évolution, dans ces cas, est en effet souvent plus lente et peut se répartir sur quelques semaines, permettant même alors parfois quelques soupçons sur la grossesse. Et c'est dans un cas semblable (1) que BOURSIER, de Bordeaux, a pu faire le diagnostic complet, avant l'opération qui le vérifia, en diagnostiquant non seulement l'inondation mais encore l'intégrité de la trompe.

*
* *

Dans des cas analogues, peut se produire également l'éventualité dont nous avons déjà parlé : la trompe peut se rompre, mais non plus comme dans les cas ordinaires de rupture, au niveau de l'insertion ovulaire, mais par *éclatement* en un point quelconque, sous la pression du sang qui la remplit ; nous en rapportons plus loin un cas typique et intéressant, parce que cet éclatement s'est produit au moment où, le diagnostic étant fait, on se préparait à endormir la malade pour l'opérer (2).

*
* *

Le diagnostic, d'ailleurs, dans ces cas où l'hémorragie se fait ainsi par à-coups qui remplissent successivement la trompe, n'est pas non plus très facile.

Il faut, en effet, éliminer les cas de salpingites où la rétention dans la trompe, suivie d'évacuation dans l'utérus, donne une sensation analogue au toucher.

(1) Rf. Obs. p. 73.

(2) Rf. Obs. III, p. 59.

C'est dans ces cas, et pour s'assurer du contenu de la trompe, que certains auteurs étrangers ont pu conseiller la *punction* de celle-ci à travers la paroi abdominale. Sans recourir à cette méthode qui, au premier abord, paraît bien osée, il semble qu'on puisse arriver au diagnostic par l'examen des pertes vaginales, le toucher et l'étude systématique du pouls et de la réaction thermique.

*
* * *

En résumé, le diagnostic d'avortement tubaire, cause d'inondation péritonéale, est des plus délicats à poser.

Le plus souvent, évidemment — et malheureusement — il ne sera pas fait avant l'opération qui, de ce chef, sera souvent tardive ; mais, là encore, il importera d'y penser au cours de l'intervention pour éviter l'erreur que nous rapportons dans une de nos observations (1) : devant l'aspect de la trompe en apparence saine, alors qu'on pensait primitivement à une rupture, il ne faut pas se laisser influencer par l'idée préconçue ; il faut y regarder de près, bien examiner le pavillon, et c'est à ce niveau qu'on trouvera le point qui saigne : la goutte de sang ou le caillot révélateurs.

Il faut savoir que, même si l'écoulement semble arrêté, il est toujours menaçant ; que l'hémorragie de l'avortement est aussi grave que celle de la rupture dans ces cas, et l'on ne fermera le ventre qu'après avoir supprimé, avec l'annexe malade, la cause du saignement — *sublata causa*...

Mais cela nous fait empiéter sur le chapitre suivant où nous allons dire quelques mots du traitement et du pronostic.

(1) Rf. Obs. I, p. 52.

CHAPITRE VI

Traitement. — Pronostic.

Nous devons aborder à présent une question des plus délicates, c'est celle du traitement.

Doit-on intervenir? A quel moment? Quelle doit être l'intervention?

Autant de questions épineuses sur lesquelles les avis les plus autorisés et les plus différents ont pu être émis dans les cas d'inondation à la suite de rupture.

*
* *

Or, si nous ne faisons le diagnostic d'inondation dans les cas d'avortement qu'au moment des accidents cataclysmiques, nous sommes dans les mêmes conditions que dans les cas de rupture : avec cette aggravation que dans les premiers, où le sang a coulé goutte à goutte depuis longtemps déjà, les accidents bruyants arrivent à une période où la quantité sanguine épanchée est plus grande qu'elle ne l'est ordinairement dans les seconds.

Ce seront donc, dans un cas comme dans l'autre, les mêmes arguments à faire valoir, tant pour les abstentionnistes que pour les interventionnistes.

Les premiers, avec BOUILLY, jugent que dans les cas graves le choc opératoire ne peut qu'achever une malade moribondé (1).

(1) BOUILLY, *Semaine gynécologique*, mai 1898, p. 164.

Dans les cas moins graves, par contre, ils pensent que l'hémorragie peut être minime, et que si elle est considérable, elle a pu ou peut s'arrêter : son enkystement ou sa résorption étant possibles, il faut attendre.

A cela les interventionnistes répondent avec SEGOND (1), PICQUÉ (2), que, dans nombre de cas désespérés en apparence, la malade a fort bien surmonté l'opération. Dans de nombreuses observations heureusement terminées, on note que la malade était sans pouls, en état de *mort apparente* : la famille ou même des médecins présents déconseillant au chirurgien une opération dont l'issue fatale semblait hors de doute.

Mais certains, comme ORTHMANN et FEHLING, pensant que l'avortement est plus fréquent que la rupture, et admettant, à l'encontre de ce que nous avons dit ici, que jamais l'hémorragie de l'avortement n'est mortelle, en tirent cette conclusion qu'on a toujours intérêt à attendre et que l'abstention doit être la règle générale. Or, rien ne peut mieux démentir, expérimentalement, pour ainsi dire, cette opinion que notre première observation (3) où, la malade ayant été opérée en pleine inondation grave, le chirurgien n'enleva pas la trompe qui était le siège de l'avortement cause de l'hémorragie. Or, primo : la malade vécut jusqu'au lendemain, ce qui prouve qu'elle était en état de supporter le choc opératoire ; et, secundo, ne mourut que parce qu'elle continua à saigner par sa trompe malade, ce qui prouverait, à soi tout seul, que les

(1) SEGOND, *Rapport au Congrès de gynécologie de Marseille*, oct. 1898. Traitement des grossesses extra-utérines.

(2) PICQUÉ, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1896, t. XXII, p. 30.

(3) Rf. Obs. 1, p. 52.

hémorragies de l'avortement sont capables d'entraîner la mort, si nous n'avions pas, par ailleurs, d'autres preuves et d'autres cas.

Quant à cet argument que l'hémorragie peut ne pas être aussi grande qu'on le suppose, il ne nous semble pas probant.

Le fait que la quantité de sang est difficile à apprécier est une raison de plus pour intervenir : s'il y en a beaucoup, on retombe dans le premier cas dont nous venons de parler, avec cette nuance que l'on craindra moins le choc opératoire chez une malade dont l'état général est meilleur ; s'il y en a peu, on fera encore une bonne opération : en effet, BOUILLY citait dans son argumentation et s'appuyait sur un cas où, après une crise à grand fracas, il était intervenu « pour ne trouver qu'un tout petit avortement tubaire avec un peu de sang dans le péritoine ». Or, il est évident, après ce que nous avons dit ici, que cet avortement tubaire aurait pu continuer à saigner *usque ad mortem* et qu'il est heureux que Bouilly soit intervenu.

Et ainsi cette notion de l'hémorragie pouvant être mortelle dans les avortements tubaires les plus minimes, enlève un argument aux abstentionnistes dans la discussion de l'intervention pour les inondations en général, et est, au contraire, un argument en faveur de l'intervention aussitôt le diagnostic posé.

Enfin, il faut avouer que si même on pouvait avoir une approximation sur la quantité de sang épanché, cela ne prouverait rien.

S'il est vrai que la gravité apparente des accidents n'est pas toujours en rapport avec cette quantité, il est vrai aussi que la quantité de sang perdu entraînant une

issue fatale est essentiellement variable. Tous les accoucheurs qui, plus que d'autres, sont appelés à voir fréquemment des hémorragies graves, ont vu des cas mortels où la quantité de sang épanché était certainement moindre que dans tel autre cas où on avait pu ranimer la malade.

Et malgré tout, des signes comme la rapidité du pouls, les troubles de la vue, l'agitation, les vertiges sont des signes qui ont suffisamment de valeur pour imposer une opération, puisque, dans des cas plus simples d'hémorragie *post partum*, par exemple, on craint toujours lorsqu'on les voit apparaître *d'arriver déjà trop tard*.

Nous savons bien que les abstentionnistes espèrent l'arrêt et la résorption possible du sang. Mais il nous semble que, même si le sang s'arrête après des accidents aussi graves, la vie de la femme est encore très en danger et que, d'autre part, comme rien ne peut faire prévoir cet arrêt, non plus que la reprise possible de l'hémorragie, on risque d'être appelé à se décider à opérer dans de plus mauvaises conditions encore, ou à laisser mourir la malade avec le regret de n'avoir rien tenté pour la sauver et, pour avoir peut-être la chance d'opérer dans des conditions meilleures ou plutôt moins défavorables en un cas, on s'expose à de grands mécomptes en dix autres cas.

Enfin les abstentionnistes ont mis en avant la difficulté pratique d'opérer en certains milieux, en dehors de l'hôpital ou des maisons de santé. Il semble qu'à l'heure actuelle ces difficultés ne soient pas insurmontables : en tous cas, il ne nous paraît pas que cela puisse entrer en ligne de compte pour la discussion de l'indication opératoire générale.

*
* *

Jusqu'ici nous n'avons eu en vue que les cas dans lesquels le diagnostic n'était fait qu'au moment où les signes d'inondation étaient nets et à grand fracas :

Quelle conduite tiendrons-nous dans les cas, malheureusement plus rares, mais qui deviendront peut-être plus fréquents, où l'on pourra dépister l'hémorragie avant cette période ? D'après tout ce que nous venons de dire on devine que nous conseillerons la *même conduite* que précédemment et l'intervention rapide. En effet, l'opération aura d'autant plus de chances d'être efficace, le diagnostic étant plus précoce et l'état général meilleur, et là encore nous n'avons pas d'éléments suffisants pour affirmer que l'hémorragie est ou va s'arrêter, et qu'elle ne va pas reprendre incessamment, nous forçant à intervenir alors dans des conditions bien moins satisfaisantes.

Pour l'appui de cette façon de voir, nous renverrons à une de nos observations à laquelle nous avons déjà fait allusion, et où, l'opération allant se faire pour avortement, la rupture ou plutôt l'éclatement de la trompe se fit au moment où on se disposait à endormir la malade, causant naturellement une hémorragie supplémentaire qui n'était certes pas faite pour améliorer les conditions de l'intervention (1).

Il ne nous semble donc pas qu'il y ait lieu, même dans ces cas, de temporiser longtemps.

*
* *

Quant à l'opération, il ne nous paraît pas discutable

(1) Rf. Obs. III, p. 39.

que ce soit la *laparotomie*. Car nous ne voyons pas les avantages ni même l'indication de la colpotomie dans ces cas et une observation de BOLDT, où cet auteur commença par une colpotomie postérieure, fut plutôt malheureuse puisque aussitôt après, il fut forcé de faire la laparotomie et que, pour terminer, la malade mourut (1).

Mais, au cours de la laparotomie, faut-il enlever l'autre trompe, même si elle est saine? Certains auteurs, se basant sur la récidive fréquente de la grossesse extra-utérine chez la même femme (2), suivent cette technique : il ne semble pas pourtant que ce soit celle qui soit suivie par la majorité des chirurgiens; peut-être à cause de la hâte que l'on a à terminer l'intervention dans ces cas.

D'autres, au contraire, ont été beaucoup plus conservateurs et, dans les cas de rupture, après avoir cureté et suturé la trompe malade, l'ont laissée en place. Nous n'avons jamais vu cette technique employée dans des cas d'avortement et nous ne savons pas quels en seraient les résultats, mais elle nous semble bien osée et peut-être pas très logique dans ces cas.

Enfin disons un mot de l'opinion de MURET (3) qui, dans les cas d'avortement incomplet, conseille la laparotomie et l'ablation de la trompe, tandis que l'avortement complet guérirait spontanément : après ce que nous avons dit au sujet de l'avortement complet et incomplet on conçoit facilement que nous ne partageons nullement son avis.

(1) Rf. Obs. p. 83.

(2) Voir aussi à ce sujet le mémoire de L. Bazy (*Rev. de gyn.*, juillet 1910).

(3) MURET, *loc. cit.* *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1893, vol. XXVI, p. 31, 50 et 58.

*
* *

En résumé, la conduite à tenir, qui nous paraît logique d'une façon générale, est la *laparotomie immédiate avec ablation de l'annexe atteinte*.

Évidemment, on soutiendra la malade avec du sérum, au besoin intra-veineux. Un procédé rapide et pratique est aussi d'en injecter directement dans le rectum; on fera également de l'huile camphrée, de la caféine, etc., on réchauffera la malade; mais on ira le plus rapidement possible, le sérum pouvant se continuer d'ailleurs, au besoin, pendant le cours même de l'opération. On drainera ou non suivant le cas et surtout suivant les conditions d'asepsie où on se trouvera; la mèche peut être utile en certains cas, mais tout cela est secondaire.

Dans les cas où les phénomènes aigus n'auront pas encore apparu, on attendra évidemment d'avoir un *diagnostic ferme*, mais dès ce moment l'indication deviendra la même, aussi impérative que dans le cas précédent.

Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention d'exprimer ici une opinion exclusivement personnelle, loin de là! Mais nous croyons que c'est, à l'heure actuelle, celle de la majorité de nos maîtres et c'est de leur expérience que nous nous réclamons.

Récemment, ce travail étant presque achevé, M. LECÈNE présenta à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie (1) une observation personnelle qu'il a bien voulu nous confier et que l'on trouvera plus loin (2) :

(1) Mai 1910.

(2) Rf. Obs. VI, p. 70.

observation d'inondation péritonéale au cours d'un avortement tubaire qu'il opéra d'urgence et qui guérit.

A cette occasion M. ROUTIER exprima le regret d'avoir temporisé dans un cas d'inondation grave et demanda l'avis des chirurgiens présents. La plupart furent pour l'intervention immédiate. M. J. L. FAURE insista sur la nécessité de remonter d'abord la malade avec du sérum. Mais M. le Professeur PINARD, se basant sur des observations personnelles typiques, conseilla, *dans tous les cas, l'intervention rapide* et sans tarder. M. LECÈNE partageait entièrement son avis et les cas qu'il présentait, opérés dans ses conditions, étaient bien faits pour démontrer la justesse de ces vues.

*
* *

Et maintenant quel sera le pronostic ? Il sera peut-être plus grave, à notre idée, dans les cas d'inondation par avortement que dans les cas de rupture, à cause des atermolements, de l'hémorragie qui, nous l'avons dit, est plutôt plus abondante que dans la rupture, quand les accidents bruyants apparaissent, et à cause de la fatigue plus grande du sujet.

Il est évident, d'ailleurs, que le pronostic dépend de bien des circonstances : moment où on a vu la malade, où on a pu l'opérer, conditions ambiantes, etc. Pourtant, quand on interviendra rapidement, on aura des chances appréciables de guérison et nous en pourrions citer des cas.

Aussi, si un diagnostic ferme a pu déceler l'hémorragie avant la période cataclysmique, il est évident qu'on opérera alors dans de bien meilleures conditions, et la

statistique n'aura alors aucune raison de n'être pas excellente : et ce sera une preuve de plus qu'il est utile de connaître ces faits pour ne pas les laisser passer inaperçus en temps utile, quand on le pourra.

CHAPITRE VII

Observations.

Nous avons pensé primitivement à mettre ce chapitre au début afin de frapper tout d'abord l'esprit du lecteur par des faits caractéristiques : mais la discussion en aurait alors été plus difficile.

Nous aurions pu aussi exposer nos observations au fur et à mesure, dans le courant de notre sujet : mais elles auraient été désunies par la nécessité de présenter tantôt la clinique, tantôt l'anatomie.

En les réunissant ici nous aurons l'avantage de ne pas les morceler et en même temps de pouvoir plus facilement souligner les détails intéressants à l'esprit averti du lecteur.

D'ailleurs, toutes les fois que nous avons eu à faire allusion à l'une d'elles, une note a pu immédiatement permettre de s'y reporter aussitôt.

*
* *

OBSERVATION I (inédite). — Cette observation, tout particulièrement intéressante, est due à la bienveillance de M. le P^r QUENT, qui a bien voulu en laisser la libre disposition à son interne Louis Bazy.

Il s'agit d'une dame Armande J..., âgée de vingt-trois ans, entrée à l'hôpital Cochin, salle Bichat, lit n° 2, le 21 décembre 1904.

Voici quelle était son histoire.

Cette femme n'avait *aucun passé génital*. Elle avait eu ses règles à leur époque normale, le 16 octobre 1904, puis le 10 novembre, et enfin le 6 décembre. Mais depuis ce jour, sans avoir rien présenté de spécial, la malade avait continué à perdre jusqu'au début des accidents.

Ceux-ci apparurent dans la nuit du vendredi 16 au samedi 17 décembre. Le vendredi, à l'occasion d'une fête de famille, la malade fit quelques *excès de table*, elle se coucha fort tard, vers trois ou quatre heures du matin : à ce moment elle fit des *abus vénériens*.

Aussi, elle se releva peu de temps après pour vomir, non des aliments, mais de la bile : en même temps, apparaissent des douleurs abdominales attribuées, comme de juste, à l'indigestion. C'est pourquoi ce n'est que le dimanche 18 que le médecin fut appelé : il posa le diagnostic d'appendicite, mit de la glace sur le ventre et proposa une consultation chirurgicale.

Pour diverses raisons, cette consultation ne put avoir lieu que le mercredi suivant, 21 décembre, à trois heures après midi. Le chirurgien appelé, qui fut M. le P^r QUENU, ayant examiné la malade, constata une température de 37°,9 ; le toucher vaginal ne donna pas de signe net, mais le ventre était ballonné, et, devant des symptômes non discutables d'hémorragie interne, M. QUENU porta le diagnostic de rupture de la trompe et fit transporter la malade à Cochin, en spécifiant bien qu'on eût à l'*opérer immédiatement*. L'assistant du service, M. Pierre DUVAL, n'ayant pu intervenir, la femme ne put être opérée qu'à 9 heures du soir par le chirurgien de garde ; à ce moment la température était à 37° et le pouls à 130.

Opération : (d'après le compte rendu extrait du registre

d'opérations). — Laparotomie. Grossesse ectopique avec épanchement sanguin abondant abdominal. *On ne trouve pas de rupture de la trompe.* On pense à un avortement tubaire dont l'hémorragie est terminée : et, mettant tout en place, après avoir épongé le sang, on ferme et on draine.

Le lendemain 22, l'état est euphorique, mais la température est à 38° et le pouls 158.

La mort survient à 10 heures du soir : la malade avait continué à saigner.

En effet, à l'autopsie, on constate un renflement de l'extrémité utérine de la trompe gauche, contenant des caillots et de nouveau du sang abondant dans le péritoine.

L'examen des pièces, fait par M. Landel, montra qu'il s'agissait bien, histologiquement, d'une grossesse tubaire non rompue.

Comme on le voit, cette observation est intéressante à plus d'un titre.

Tout d'abord, comme nous l'avons dit, la femme n'a pas eu de retard de règles, mais il est évident que les dernières, arrivées le 6 décembre, ont dû commencer à décoller l'œuf, ce qui explique la prolongation de la perte de sang jusqu'au 16. Mais les excès de table et de coït de la nuit du 16 au 17 achèvent nettement les choses puisque c'est à partir de ce moment que débutent vraiment les accidents.

Et, étant donnée cette cause occasionnelle, on comprend fort bien l'erreur de diagnostic du médecin appelé, d'autant que, même trois jours après, le toucher, de par la grande jeunesse de la grossesse, ne donne rien, ne peut rien faire soupçonner.

Mais ce qui est primordial dans cette observation, c'est

l'hésitation du chirurgien, parfaitement compréhensible après tout ce que nous avons dit ici, devant l'absence de lésions de rupture.

Notons seulement que la malade a vécu vingt-cinq heures, tout en recommençant à saigner, ce qui est intéressant quant à l'indication de l'intervention d'urgence, car c'est la *continuation de l'hémorragie* et non le choc qui l'a tuée. Et nous n'insisterons pas sur l'importance de cette observation au point de vue du réel danger de l'avortement par l'hémorragie. Mais d'autres peuvent la corroborer.

*
* *

OBSERVATION II (inédite). — Une femme X..., vingt-trois ans, arrive à Beaujon, le jeudi 7 juin 1906, à 2 heures 1/2 de l'après-midi.

On ne retrouve chez elle *aucun passé génital*, ni *aucun retard de règles* : celles-ci sont venues à leur date normale, il y a un mois. Mais il est difficile d'interroger la malade car elle est exsangue et présente tous les signes d'une hémorragie interne des plus graves : elle serait dans cet état depuis quelques heures seulement.

Elle est aussitôt opérée par M. RIGOLLOT-SIMONNOT, interne de garde. — Laparotomie — Sang remplissant le ventre; utérus normal et sain; trompes qui paraissent également normales et saines à première vue : mais, en regardant de plus près, on aperçoit, au niveau de l'ostium péritonéal de la trompe gauche, un caillot sanguin tout petit, le long duquel le sang coule goutte à goutte mais rapidement. Cette trompe gauche, bien que saine en apparence, et sans rupture, est donc enlevée ainsi que l'ovaire

du même côté, *qui est d'ailleurs kystique*. On étanche le sang et on referme le ventre.

Malheureusement, pour des raisons difficiles à préciser, la femme meurt quelques jours après et l'autopsie ne put être faite. Mais la pièce enlevée, très intéressante, fut examinée et étudiée par Louis Bazy.

Mais, tout d'abord, notons au point de vue clinique que, comme dans la première observation, il n'y a point de retard de règles : il s'agit d'une *toute jeune grossesse* décollée à l'occasion du flux menstruel. L'hémorragie a débuté *silencieusement*, mais est arrivée à une quantité égale, si ce n'est supérieure, à celle de bien des ruptures. Là encore le toucher n'aurait pas donné grand'chose avant l'apparition des accidents graves. Enfin cette femme, comme la première, n'a pas de passé génital et ses trompes sont saines à première vue.

Voyons à présent l'examen histologique dû à Louis Bazy.

La trompe enlevée, après séjour dans le liquide fixateur et par suite de la coagulation du sang dans son intérieur, présente à sa partie moyenne une légère boursouffure qui n'existait pas auparavant. A ce niveau, on trouve effectivement à la coupe un caillot qui distend légèrement sa paroi. La trompe a été partagée en six fragments, chacun de ces fragments devant être coupé en série.

Au microscope, malgré le très grand nombre de coupes examinées, la grossesse a été infiniment difficile à déceler, et cela pour deux raisons, d'abord *son extrême jeunesse*, si bien que le point d'implantation de l'œuf était infiniment petit et limité, le reste de la trompe étant peu modifié; ensuite l'absence des signes grossiers, indiscutables, de la grossesse.

Deux points sont à étudier : le foyer de la grossesse et les lésions de l'ensemble de la trompe.

Le foyer, nous l'avons dit, est *extrêmement petit* et, comme on le constate en général, la lésion de la grossesse est essentiellement localisée. L'attention a été attirée sur ce point par deux phénomènes : l'amincissement de la paroi, l'adhérence du caillot. Dans tout le reste de la trompe, en effet, le caillot baigne les franges intactes de la trompe, mais n'affecte avec elles que des rapports de contiguïté. Au point incriminé, au contraire, la muqueuse disparaît subitement : on n'en peut plus trouver aucune trace. Elle reparaît ensuite sur les limites du caillot : celui-ci, déjà en voie d'organisation fibrinoïde, adhère au chorion dénudé sur une étendue d'un centimètre environ qui marque le point d'implantation de l'œuf. Ce caillot, formé de mailles de fibrine récente emprisonnant des globules rouges, contient également dans son intérieur quelques placards de leucocytes, ce qui laisserait supposer qu'il était en état d'infection. D'après les caractères seuls du caillot, il est impossible de diagnostiquer à coup sûr une grossesse, puisqu'on ne trouve dans son intérieur aucune des figures qui caractérisent cette dernière.

C'est dans l'intérieur de la trompe qu'il faut rechercher les éléments du diagnostic. Encore faut-il se livrer à un examen très minutieux car les lésions sont des plus discrètes. On constate, en effet, au milieu du tissu conjonctif, parmi d'assez nombreuses cellules rondes et des polynucléaires, de grosses cellules très vivement teintées et qu'il est facile de reconnaître pour des cellules déciduales. Ces cellules ne se rencontrent pas seulement dans

le tissu interstitiel de la trompe. La même réaction déciduale peut être décelée au niveau des vaisseaux qui tous, d'ailleurs, sont entourés par un manchon de leucocytes. En un point même, où les cellules déciduales sont plus abondantes, une fente s'est produite dans le tissu conjonctif, et dans cette fente est venue se loger une plaque plasmodiale aisément reconnaissable à son protoplasme bien homogène, très vivement coloré en violet par l'hématoxyline, et à ses multiples noyaux, sans trace apparente de division cellulaire. On peut donc voir en ce point la pénétration de la trompe par les éléments des villosités choriales.

Quant aux lésions de l'ensemble de la trompe, elles sont minimales. La trompe, dans son ensemble, est *remarquablement peu modifiée*. N'était le sang qui baigne l'épithélium des franges, on croirait voir une coupe de trompe saine. Il est un fait cependant sur lequel nous désirons attirer l'attention : quel que soit le point considéré, en effet, on peut déceler, malgré l'intégrité absolue de la couche épithéliale, une légère infiltration leucocytaire du tissu conjonctif. Au niveau des vaisseaux, en particulier, il est habituel de voir autour de chacun d'eux un manchon de cellules rondes embryonnaires. On serait tenté d'attribuer cette apparence à des phénomènes d'infection, alors que leur présence traduit simplement une réaction de l'organisme maternel.

Enfin cette observation ne serait pas complète si nous ne faisions remarquer que l'*ovaire était kystique*, ce qui, avons-nous déjà dit, semble avoir une influence non seulement sur la production de l'insertion vicieuse de l'œuf, mais encore dans l'interruption précoce

de la grossesse et sur la tendance aux hémorragies.

*
* *

OBSERVATION III (inédite). — Cette observation diffère un peu des précédentes, en ce sens que celles-ci étaient des types de cas où l'hémorragie s'installe silencieusement, le diagnostic étant presque impossible avant les grands symptômes d'hémorragie interne, et sans qu'on puisse, même à ce moment, affirmer qu'il s'agit d'avortement ou de rupture. Ici, au contraire, nous nous trouvons en face d'un de ces cas où on peut, étant prévenu, arriver à poser le diagnostic.

Il s'agit d'une femme X..., âgée de vingt-six ans, qui entre à Beaujon, salle Huguier, dans le service de M. le Docteur Bazy, le 24 avril 1906. Elle a été réglée à quinze ans, toujours régulièrement, a eu un enfant en 1904 mort à sept mois ; couches normales. Elle dit avoir eu, vers l'âge de dix-sept ans, des douleurs abdominales sur lesquelles elle ne peut rien préciser ; mais elle a toujours eu, depuis lors, les intestins sensibles et est très constipée ordinairement. On ne retrouve, d'autre part, *aucun anamnétique de salpingite* : pas de pertes blanches, règles régulières, non douloureuses. Les dernières ont eu lieu le 10 février.

Le 19 mars, jour de la Mi-carême, douleurs assez brusques dans le côté droit, s'accompagnant de vomissements. Tout ce côté droit était si sensible que le poids des couvertures même était douloureux et que la malade ne pouvait se coucher que sur le côté gauche. La constipation était devenue absolue.

Un médecin appelé dit : péritonite, et prescrit cataplasmes et frictions mercurielles. La crise dure 5 à 6 jours

et le 25 mars la malade recommence à travailler, mais elle n'a pas eu ses règles.

Le 7 avril, crise identique, mais accompagnée cette fois de perte de sang liquide et le médecin dit alors : fausse couche. Depuis ce temps la malade perd constamment et les vomissements surviennent chaque fois qu'elle essaie de manger.

Le 20 avril, elle fait une troisième crise ; le 24, une quatrième ; cette fois elle rend un gros caillot et se décide à entrer à l'hôpital.

A ce moment, elle n'a pas de fièvre. Au toucher, l'utérus est mobile, le col légèrement entr'ouvert. Rien dans le cul-de-sac gauche. Dans le cul-de-sac droit, au contraire, une masse liquide, du volume du poing, dont l'examen est très difficile, car très douloureux.

On l'examine de nouveau le premier mai ; la masse du cul-de-sac est très diminuée ; l'examen est plus facile. On pense à une annexite.

Le jeudi 10 mai, apparaît une cinquième crise, caractérisée par des douleurs vives et brusques dans la région hypogastrique et la fosse iliaque droite, et par des vomissements bilieux durant toute la nuit. La malade change de mine ; son teint, jusqu'alors normal, devient un peu pâle. Elle a quelques pertes chocolat et toujours pas de fièvre. Au toucher, la tumeur a augmenté brusquement de volume ; le dimanche on la touche de nouveau et *après ce toucher* elle a des crises subintrantes.

Le jeudi 17 mai, on voit *le pouls devenir rapide à 120 ou 130 en discordance avec la température qui reste à 36°*. Au toucher, on trouve une grosse masse arrondie, presque rénitente, régulière, allongée dans le sens vertical, et du

volume d'un très gros citron. Elle est située à droite de la ligne médiane et bombe dans le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur, remontant à quatre bons travers de doigt au-dessus du pubis et paraissant coiffer l'utérus et lui adhérer. Celui-ci est difficilement perceptible et délimitable. Il est en antéversion. Le col n'est pas ramolli. On décide d'intervenir le lendemain matin.

Mais, au moment où on prépare la malade pour la conduire à la salle d'opérations, elle est soudain prise d'une douleur violente et d'une crise typique de rupture tubaire avec signes de violente hémorragie interne. On l'opère rapidement et on trouve le ventre rempli de sang et de caillots, la trompe droite rompue au niveau de sa face antérieure; la déchirure s'étend sur trois ou quatre centimètres de long et est située à la *partie opposée de l'endroit où s'insère le placenta* qui est intact, et d'où se détache le cordon auquel est appendu un embryon de six centimètres de long. On enlève rapidement la trompe, on étanche le sang et on referme.

La malade, guérie, sort de l'hôpital trois semaines après.

Ici donc, les prodromes ont été assez longs pour que le diagnostic soit possible ou tout au moins puisse être soupçonné. Nous retrouvons un léger retard de règles au début et ensuite des troubles nets de la menstruation.

Evidemment, on comprend, lors de la première crise, l'erreur du médecin qui a sans doute pensé à une appendicite, vu le siège de la douleur, sa soudaineté, les vomissements, la constipation complète chez une personne déjà prédisposée à cet accident. Lors de la deuxième crise, la perte sanguine vaginale, après ce retard de règles de

quatre semaines environ, faisait évidemment penser à la fausse couche banale. Mais ce qui était intéressant pour le diagnostic c'étaient les *alternatives de tension et de diminution de la trompe au toucher*, avec l'absence d'élévation thermique. Plus tard, la pâleur et le pouls plus rapide étaient faits pour l'appuyer; notons aussi comment une des crises succéda à un examen, ce qui confirme ce que nous avons dit sur cette cause occasionnelle.

Enfin l'examen de la pièce, après l'histoire clinique, montre qu'il s'agissait là d'un de ces cas dont nous avons parlé, où le mécanisme n'est pas celui de la rupture ordinaire, qui se fait au point d'insertion du placenta, par destruction du tissu tubaire à ce niveau, d'un de ces cas d'*éclatement de la trompe*, dû à la surdistention par le sang y contenu, la déchirure siégeant justement en un point opposé à la zone d'insertion.

D'autre part, la lenteur mais aussi la *continuité de l'hémorragie* correspond bien à ce que nous avons dit sur la pathogénie et le mécanisme du saignement.

Cette observation n'est d'ailleurs pas rare et on pourrait en trouver d'analogues, mais elle nous a paru particulièrement nette.

*
* * *

OBSERVATION IV. — Cette observation est celle qu'à publiée Louis Bazy dans la *Presse Médicale* du 31 octobre 1906. C'est celle qui avait éveillé son attention sur ces faits, qui lui a fait rechercher les cas analogues et à propos de laquelle il esquissa les remarques qui ont été le point de départ du présent travail. Nous la reproduisons ici *in extenso* parce que, très soigneusement prise,

tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique (contrôlé d'ailleurs par M. le Docteur Brault), elle est, de ce fait, une des plus probantes que nous ayons rencontrées.

Il s'agit d'une femme de 23 ans, présentant dans ses antécédents une attaque de croup à 16 ans, une pneumonie et une fièvre typhoïde à 17 ans, sujette en outre à tousser tous les hivers. Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été régulières mais très douloureuses. Elle a eu trois enfants : un, il y a quatre ans, mort de méningite ; un, il y a 27 mois ; un, il y a 13 mois, ces deux derniers bien portants. Ces grossesses ont été normales, sauf la dernière pendant laquelle la malade aurait eu une paralysie complète des membres inférieurs qui aurait duré six mois et disparu aussitôt après l'accouchement. En outre, la malade a fait une fausse couche de six semaines au mois de novembre 1905.

Depuis sa première grossesse, la malade souffre constamment dans le bas-ventre, elle a d'abondantes pertes jaunes tachant le linge. A plusieurs reprises on l'a soignée pour métrite et salpingite gauche.

Dans les premiers jours de mars 1906, la malade vient consulter dans le service, se plaignant de douleurs dans le ventre, de pertes blanches abondantes et d'un léger suintement sanguin. L'examen, pratiqué à ce moment, montre le col gros et ramolli, l'utérus légèrement augmenté de volume, peu de modifications du côté des annexes. — Traitement par le repos et les injections chaudes. A ce moment, la malade n'avait accusé aucun retard de règles, les dernières ayant eu lieu dans la dernière quinzaine de février.

Le dimanche 18 mars, à 11 heures et demie du matin, en descendant l'escalier, elle éprouva subitement une douleur extrêmement vive — un véritable coup de poignard — siégeant très nettement au niveau de la fosse iliaque droite : au bout d'un moment, la douleur s'étant calmée, la malade a pu continuer à marcher et remonter chez elle où elle a pris le lit immédiatement. Malgré le repos, les douleurs augmentaient durant la journée et le soir la malade perdit une petite quantité de sang rouge. Un médecin, appelé à ce moment, constatant que ces accidents survenaient à peu près au moment des règles, conclut à l'apparition de ces dernières, douloureuses par suite de la métrite. Pendant la nuit du dimanche au lundi, les douleurs devinrent de plus en plus vives, si bien que la malade entra à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le lundi 19 mars, à 11 heures du matin. Vue immédiatement par le chef de service, elle accusait des souffrances si violentes qu'elle désirait leur voir mettre un terme à n'importe quel prix. Elle est très pâle, son facies exprimant la douleur et l'angoisse. Les téguments sont absolument décolorés. Le pouls est petit, rapide, battant à 130 pulsations. Il n'y a pas de température. Le ventre est un peu ballonné, mais surtout très sensible à la pression dans la région hypogastrique. Au niveau des flancs on dénote une matité relative.

Malgré le peu d'antécédents génitaux, mais surtout beaucoup à cause de l'absence d'antécédents extra-génitaux, on porte le diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale d'origine génitale et la malade est immédiatement opérée par M. le Docteur Bazy.

Incision médiane de 15 centimètres environ : l'abdomen

ouvert, il s'échappe une quantité énorme de sang noirâtre qui s'écoule à flots. Cet écoulement tari, on retire du fond du pelvis des caillots en grande quantité. Ce temps très rapidement mené, on se dirige immédiatement vers les annexes.

La trompe droite paraît augmentée de volume, mais surtout elle présente une sorte d'épaississement œdémateux. *L'ovaire est kystique.* A gauche, l'ovaire est du volume d'une grosse noix, plus petit qu'à droite. La trompe ne semble pas augmentée de volume. On met tout de suite une pince à chacune des extrémités des ligaments larges. Les deux trompes et les deux ovaires sont ensuite enlevés. L'utérus est gros, globuleux, un peu mou et friable. *L'appareil génital présente, en somme, des lésions extérieures si minimes qu'elles peuvent faire douter qu'elles aient pu être la cause de l'hémorragie.* Aussi explore-t-on avec soin le contenu de la cavité abdominale. On constate qu'il est sain — suture en deux plans — drain et mèche.

Les suites furent si simples que la malade quitta l'hôpital le 10 avril, pour l'asile du Vésinet.

L'examen des pièces montre que la trompe gauche est à peu près normale. La trompe droite, par contre, paraît augmentée de volume, elle est congestionnée, épaissie, mais entièrement perméable; son orifice abdominal est ouvert. *Elle ne présente aucune trace de rupture.* Après l'avoir sectionnée dans toute son étendue, et suivant le sens de la longueur, on trouve à trois centimètres du pavillon une petite saillie de forme conique, de quelques millimètres de haut et d'un demi-centimètre au plus à sa base.

La figure représente une vue d'ensemble de la trompe coupée suivant sa longueur au niveau de la partie la plus saillante de cette éminence. On y voit d'une façon très nette le revêtement épithélial de la trompe (*ép. ép.*), interrompu dans l'intervalle des deux lignes *m, m*, où la production morbide s'est fait jour entre les plis de la muqueuse. Cette production s'enfonce dans la profondeur et effleure presque la surface péritonéale de la trompe dont elle n'est séparée que par une faible étendue de tissu sain. Dans le centre de cette petite tumeur, on trouve en particulier trois ou quatre villosités (*p, p, p*), dont la structure est celle des villosités des mûles, c'est-à-dire un centre connectif de tissus muqueux avec un revêtement extérieur composé de deux couches : cellules cubo-cylindriques de Langhans, et cellules syncytiales à noyaux multiples. Ces villosités sont entourées par un réseau où l'on retrouve enchevêtrées des travées de cellules de Langhans et des cellules syncytiales. A mesure que l'on s'approche de la partie superficielle, l'aspect change : les trabécules se raréfient et la partie de la production qui confine à l'épithélium tubaire est transformée en une sorte de fausse membrane en voie de mortification, composée presque uniquement d'un mélange de fibrine, de nombreux leucocytes polynucléaires et de sang. Nous avons vu, à propos de la description de la tumeur à l'œil nu, que la surface même de cette fausse membrane correspond à la partie la plus saillante de la tumeur, qui était ainsi coiffée d'un coagulum sanguin. Ajoutons que les villosités et le réticulum du centre de la tumeur sont en contact dans bien des points avec le sang, comme toutes les formations placentaires et déciduales.



Quant à la partie profonde de la tumeur, elle est séparée du tissu sain par une rangée de capillaires sanguins (*c, c*) disposés en couronne.

On voit combien cette observation est instructive : les réflexions qu'elle pourrait nous suggérer sont analogues à celles que nous avons émises à l'occasion des précédentes. Nous remarquerons pourtant que c'est la première où nous trouvons des troubles d'*infection génitale*, des pertes blanches et des antécédents de salpingite, tandis que dans les trois premières observations le rôle de l'infection n'apparaît pas. Par contre, nous notons une fois de plus ici un *ovaire kystique*.

*
* * *

OBSERVATION V. — Cette observation est calquée sur les précédentes. M. Izelin la fit paraître le 20 janvier 1909 dans le *Journal de Médecine Interne*.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans qui, le jeudi soir 5 décembre 1907, à onze heures, fut prise de douleurs assez violentes dans l'abdomen : elle perd connaissance ; ces douleurs continuent toute la nuit. Un médecin la voit le vendredi, à trois heures de l'après-midi, fait le diagnostic d'hématocèle et l'envoie à l'hôpital Necker où elle arrive à sept heures du soir.

Dernières règles le 16 octobre. Légères pertes sanguines dans la soirée du jeudi, précédant les douleurs.

Appelé d'urgence, M. Izelin trouve une malade très anémiée, le pouls à 120, la température à 38°. L'abdomen est légèrement ballonné, douloureux à gauche. Sonorité à la percussion, submatité dans la région inférieure droite. *Le toucher ne donne aucun renseignement*. Inter-

vention immédiate. Avant l'anesthésie, la malade est reprise d'une crise douloureuse brusque qui lui fait pousser des cris; siège dans le côté gauche de l'abdomen.

Opération. — Aide et chirurgien gantés, incision médiane sous-ombilicale. Pas de saignement. Ouverture très rapide de la paroi; le ventre est rempli de sang et de caillots que l'on vide. L'utérus est atteint et extériorisé; il est globuleux, plus gros que normalement. Revue rapide des annexes; d'abord à gauche, où on constate une trompe petite *qui ne paraît pas malade*; mais, à droite, les annexes sont absolument saines. C'est donc bien à gauche que doivent siéger les lésions, et, en effet, en regardant plus attentivement, on remarque un filet de sang coulant comme du sang veineux par l'orifice abdominal de la trompe; cette dernière est de la grosseur du petit doigt, un peu turgescente et renflée au milieu. Au-dessous est un ovaire très gros, *bleuâtre en un point qui est tendu et fluctuant*; il n'y a pas de ligament large proprement dit; la trompe est unie à l'ovaire par une simple bride et l'ovaire est presque collé au bord gauche de l'utérus.

Extirpation des annexes gauches. La malade est alors ramenée dans l'horizontale et un flot de sang s'écoule, venant de la partie supérieure de l'abdomen. Celui-ci est mis à sec à l'aide de compresses montées sur des pinces, puis le ventre est refermé à trois plans de suture. Drainage abdominal. Durée vingt minutes.

La mort survint le quatrième jour par péritonite.

L'examen des pièces montre que la trompe est perméable et ne présente aucune trace de rupture. Débitée en tranches transversales, on trouve à l'endroit renflé une accumulation de caillots avec un amincissement de la paroi. L'examen

histologique pratiqué par M. HERRENSCHMIDT, sans entrer dans le détail, montre à ce niveau des villosités choriales : l'œuf a été expulsé.

On voit bien ici encore l'hésitation du chirurgien devant des annexes qui semblent aussi saines à première vue. Il est à noter d'ailleurs que M. Izelin était au courant de ces faits et qu'il connaissait l'observation précédente publiée par Louis Bazy dans la *Presse médicale*. Remarquons encore qu'il y avait ici un léger retard de règles et surtout encore une fois un *ovaire kystique*. Enfin la mort ne peut être attribuée au choc opératoire puisqu'elle ne survint que le quatrième jour par des accidents d'infection, — malheureusement toujours possibles, — et il est certain, par contre, que la femme aurait continué à saigner si elle n'avait été opérée, et serait par conséquent morte d'hémorragie.

*
* * *

OBSERVATION VI. — Cette observation, due à la très grande amabilité de M. LECÈNE qui a bien voulu nous la confier, est une de celles dont il avait parlé à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, dans une toute récente séance à laquelle nous avons déjà fait allusion (1).

Elle est des plus intéressantes car, très strictement prise et soigneusement étudiée au point de vue histologique, elle est entièrement superposable et semble calquée sur celles que nous avons déjà signalées et plus particulièrement sur celle de Louis Bazy (Obs. IV) non seulement quant à la clinique, mais encore quant aux figures histo-

(1) Mai 1910.

logiques. Et comme, au moment où M. Lecène l'a étudiée, il n'avait pas souvenance de la première, il a pu la décrire sans être influencé par aucune idée préconçue et pourtant les mêmes termes reviennent sous sa plume, montrant bien qu'il s'agit là de faits identiques et de lésions nettement semblables, qu'une observation plus avertie montrerait sans doute plus fréquents. Mais écoutons M. Lecène.

Le 17 novembre 1909, je fus appelé d'urgence dans le service de mon maître, le professeur Hartmann, pour voir une jeune malade qui présentait tous les signes d'une grave hémorragie interne. La malade était absolument décolorée, avec des lipothymies presque continuelles; elle racontait que ses dernières règles étaient venues à leur époque normale, le 23 octobre 1909; puis brusquement, le 14 novembre, la malade avait été prise de douleur abdominale vive, avec tendance à la syncope, tandis qu'elle perdait par le vagin du sang rouge et des caillots. Le 15 et le 16 novembre, la malade, qui s'était alitée après sa première crise douloureuse, se sentit mieux; mais brusquement, le 17 novembre dans la matinée, une nouvelle douleur abdominale reparut, si vive que la malade perdit connaissance pendant quelques minutes; revenue à elle, elle vomit plusieurs fois et son état général devenant sans cesse plus grave, on l'amena à l'hôpital le 17 novembre à trois heures de l'après midi.

A ce moment, il est évident, à la simple inspection, que cette malade est en proie à une grave hémorragie interne; la peau et les muqueuses sont décolorées, le pouls est petit et rapide (130); la température rectale est de 38°4. Le ventre est légèrement météorisé et présente surtout dans

sa moitié sous-ombilicale un certain degré de défense musculaire ; à la percussion on trouve une sonorité tympanique partout, sauf à la partie inférieure de la région hypogastrique et dans la partie basse des fosses iliaques qui sont mates. Le toucher vaginal permet de constater que le col utérin est gros et entr'ouvert ; le corps un peu augmenté de volume est en antéflexion ; il est mobile, le cul-de-sac de Douglas est douloureux au toucher mais on n'y constate pas de collection limitée ; il est impossible de délimiter les annexes par le toucher combiné au palper.

Dans ces conditions, le diagnostic de grossesse ectopique rompue avec hémorragie intra-péritonéale était des plus probables et ce diagnostic commandait une intervention immédiate.

Après anesthésie légère au chloroforme et désinfection de la paroi abdominale avec la teinture d'iode seule, je fis une laparotomie médiane sous-ombilicale : à l'ouverture du péritoine, il s'écoule plus d'un litre de sang noirâtre liquide et quelques caillots ; la valve sus-pubienne mise en place, je constate que les annexes gauches sont absolument normales ; les annexes droites ne sont pas très augmentées de volume, mais il s'écoule du sang noir liquide par l'orifice abdominal de la trompe : en conséquence, je fais l'extirpation des annexes droites et, l'hémostasie bien assurée, je referme le ventre sans drainage, en faisant une suture en un plan au fil de bronze.

La malade guérit fort bien, sans aucun incident et sortit de l'hôpital le 3 décembre 1909.

Les annexes enlevées ne présentent extérieurement rien d'anormal : l'ovaire est un peu gros mais il contient un

beau corps jaune récent, du volume d'une grosse noisette : à la surface de la trompe on ne constate ni saillie anormale ni perforation ; l'orifice abdominal est tout à fait sain, largement béant, avec ses franges normalement développées : quelques gouttes de sang noir sortent de cet orifice ; j'ouvre alors sur une sonde cannelée la trompe et je ne trouve rien à l'intérieur qu'un petit nodule noirâtre, gros comme un pois, implanté sur les franges de la trompe au niveau de la portion ampullaire : les franges qui avoisinent ce nodule noirâtre sont un peu œdématisées : c'est tout ce que l'on peut voir, à l'œil nu, sur cette pièce.

Je fixai en masse dans le formol à 10 p. 100 la trompe ouverte et l'ovaire. Je pus alors, une fois la pièce fixée, pratiquer une coupe totale de la paroi tubaire au niveau du nodule noirâtre : cette coupe, à l'œil nu, ne montrait rien d'autre en ce point qu'une infiltration totale de la muqueuse tubaire par une sorte de petit caillot gris rougeâtre ; je fis une inclusion à la paraffine de la totalité de ce nodule et je pratiquai plus de cinquante coupes histologiques sur le bloc de paraffine.

Ces coupes montrent toutes la même structure : la paroi tubaire est normale dans ses couches externes, séreuse et musculaire, bien que la vascularisation de ces tuniques soit un peu plus abondante que normalement.

La muqueuse, au contraire, au niveau du point qui correspond au nodule visible à l'œil nu, est modifiée : le stroma-conjonctif des franges est épaissi et l'épithélium de revêtement en partie desquamé ; le nodule noirâtre est constitué par un caillot sanguin formé de fibrine, de globules rouges et de quelques leucocytes : au point où le caillot adhère à la muqueuse tubaire modifiée, on trouve

une mince bordure qui représente l'ectoderme embryonnaire en évolution choriale; on y voit quelques rares villosités choriales jeunes ou stroma mésenchymateux recouvert d'une assise cellulaire cubique (couche de Langhans), recouverte elle-même d'un syncytium très développé : cette mince bande d'ectoderme embryonnaire entre en contact direct avec le tissu conjonctif de la muqueuse tubaire modifiée dont les cellules sont agrandies, polygonales, quelques-unes même multinuclées : il y a donc là une ébauche, d'ailleurs peu accusée, de réaction déciduale de la part du tissu conjonctif de la muqueuse tubaire.

*
* *

Les précédentes observations suffiraient déjà, croyons-nous, à justifier notre opinion sur la question. Mais pour rappeler que ce ne sont pas là des cas isolés, nous allons résumer ici quelques-unes de celles que nous avons trouvées dans la littérature médicale et qui nous semblent nettes. Il en existe sans doute, d'ailleurs, encore d'autres qui ont pu nous échapper, mais cela importe peu : ce que nous voulons seulement, c'est en citer ici suffisamment pour établir un faisceau de preuves assez résistant pour étayer solidement les conclusions que nous voulons en tirer.

*
* *

OBSERVATIONS VII et VIII. — Ces deux observations sont de BOURSIER, de Bordeaux, qui les rapporta au *Congrès de Chirurgie de 1902*. Dans le premier cas la femme n'avait pas eu de retard de règles : les hémorragies s'étaient

présentées par crises successives. Dans le second cas il y avait eu retard de règles et début comme une grossesse ordinaire. Dans les deux cas, Boursier *avait fait le diagnostic* d'inondation péritonéale au cours d'avortement tubaire « sans rupture » *avant l'opération*. Ce diagnostic fut confirmé par l'intervention et l'examen histologique. Boursier ajoute que ces cas sont plus fréquents qu'on ne le croit. Il est pour la laparotomie, toujours, mais, comme Muret, il estime que les avortements complets guérissent tout seuls, et que, seuls, les incomplets donnent lieu à des accidents.

*
* *

OBSERVATION IX. — Celle-ci fut rapportée le 22 décembre 1903 par BOUVIER à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux*.

Il s'agit d'une femme qui, après une suspension de règles d'un mois et demi, vit apparaître un suintement hémorragique peu abondant, puis bientôt fit avec la plus grande netteté clinique une hémorragie interne des plus graves. Le diagnostic de grossesse extra-utérine s'imposait ainsi que l'intervention de toute urgence. *La laparotomie fut pratiquée sur une femme vraiment saignée à blanc*. La ligature des annexes du côté gauche et leur résection permirent de tarir l'hémorragie. L'intervention ne s'accompagna d'aucun accident fâcheux ou anormal et *aujourd'hui la malade est en parfait état*.

De l'examen des pièces il résulte que l'on se trouvait en présence d'un avortement tubaire d'une grossesse ectopique de deux mois environ, sans rupture de la trompe.

*
* *

OBSERVATION X. — HANDFIELD JONES, le 2 mars 1904, présente à l'*Obstetrical Society of London* deux spécimens de grossesses tubaires non rompues. Dans un cas, la mort était survenue à la suite d'une forte hémorragie, le sang ayant pénétré dans la cavité péritonéale par l'extrémité libre de la trompe. Dans le deuxième cas, une très petite quantité de sang seulement avait été trouvée dans la cavité péritonéale. Dans les deux cas il y eut de nombreux caillots dans la trompe dilatée autour de l'œuf.

*
* *

OBSERVATION XI. — BLAIR BELL, le 18 décembre 1903, présente à la *North of England obstetrical and gynecological Society* une femme qui avait éprouvé de violentes douleurs pelviennes, attribuées d'abord à une indigestion. Les dernières règles avaient duré huit jours et *venaient de se passer* lors de l'apparition des accidents. A ce moment il y avait empatement dans la fosse iliaque droite, petitesse du poulx, abaissement de la température : on crut à une appendicite. A l'ouverture du ventre on trouve une trompe droite gravide non rompue et une grande quantité de sang dans le péritoine. Ablation, guérison.

La femme avait dans ses antécédents de nombreuses indigestions et attaques biliaires qui n'ont pas reparu depuis.

*
* *

OBSERVATION XII. — Celle-ci a rapport à un cas un peu moins net de KELLY (*Glasgow Obstetrical and Gynecolo-*

gical Society — 25 mai 1904). Il s'agit d'un avortement tubaire où on pouvait voir un caillot à l'extrémité de la trompe. Des signes d'hémorragie étaient apparus 10 jours auparavant et coïncidaient avec une époque menstruelle douloureuse; l'opération fut pratiquée d'urgence pour une deuxième hémorragie.

*
* *

On le voit, tous ces cas, dans leur concision, reproduisent cependant les points principaux de nos premières observations. Mais pourtant, comme nous l'avons déjà dit, les détails manquent souvent et c'est ainsi qu'on trouverait dans les thèses de CESTAN et de GAUTHIER, par exemple, des cas qui pourraient vraiment entrer en ligne de compte s'ils étaient un peu plus précis; aussi nous ne reproduirons ici, pour finir, que les cas rapportés par AGUINET, qui sont plus complets et plus nets.

*
* *

Observations recueillies par Aguiet (1).

OBSERVATION I. — (Due à l'obligeance de M. BLUM, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. — Grossesse tubaire. Inondation péritonéale sans rupture du kyste fœtal. Laparotomie. Salpingectomie. Guérison.)

C. V..., ménagère, âgée de 27 ans, est admise d'urgence le 11 novembre 1902, à 2 heures du matin. Elle s'est endormie la veille bien portante, et à 11 heures du soir, elle était réveillée brusquement par une douleur abdominale très vive et des vomissements alimentaires.

A son entrée, elle est pâle et dans un état presque syncopal. Le pouls est très petit, le ventre ballonné et douloureux. L'état de la malade est si alarmant que le chirurgien de garde, appelé,

(1) Thèse de Paris, 1903.

renonce à intervenir, bien qu'il pense à une obstruction intestinale. Il prescrit des injections de sérum, dont deux litres sont injectés la nuit.

A la visite du matin, le poulx, quoique petit et à 130, est moins faible que dans la nuit. Facies pâle, lèvres décolorées. Ventre ballonné, tendu et douloureux. La douleur a son maximum à l'épigastre plutôt que dans le petit bassin. Cul-de-sac postérieur légèrement bombé et tendu. Pas de vomissement, pas de constipation.

On apprend, d'autre part, que la malade n'a jamais eu de maladie antérieurement. A l'âge de vingt ans elle a mené une grossesse à terme sans complications. Depuis lors ses règles ont toujours été normales jusqu'au 20 août dernier, époque des dernières règles. Les règles ont fait défaut en septembre, et au même moment les seins prenaient du développement. Le 25 octobre dernier la malade a éprouvé des douleurs abdominales assez vives et en même temps a eu une perte de sang sans caillots. Un médecin a porté le diagnostic de fausse couche. Depuis cette époque, les pertes ne se sont pas reproduites, mais, jusqu'à la crise de la veille, la malade a éprouvé constamment des douleurs abdominales sourdes. En présence de ces antécédents et de l'état actuel, on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue, avec inondation péritonéale et on décide l'intervention immédiate.

Opération. Laparotomie sous chloroforme le 12 novembre, à 10 heures et demie du matin. Incision médiane sous-ombilicale. La cavité abdominale est remplie de sang liquide et de caillots. M. Blum explore le petit bassin et trouve un kyste fœtal intact, développé dans la portion ampullaire de la trompe gauche. La poche fœtale est rompue artificiellement par l'opérateur. Le liquide contenu dans la poche est un liquide séreux, ne contenant pas de sang ni de caillots. Un clamp est posé sur le ligament large et la trompe au voisinage du bord utérin, un autre clamp sur l'utéro-ovarienne et l'insertion pelvienne du ligament. Excision de la poche fœtale entre les deux clamps. Ligature des pédicules et de quelques points qui donnent encore, dans la base du ligament large.

Nettoyage de la cavité abdominale à l'aide de tampon et sans lavage. Mickulicz. Fermeture de la paroi en trois plans aux crins. La journée du 12, deux injections de sérum de 500 grammes. Le poulx se remonte et l'état général est bon.

Les jours suivants, le ventre est ballonné, hoquets et quelques vomissements. Constipation. Ces phénomènes, dus à la parésie intestinale et une suppuration légère au niveau du Mickulicz, s'atténuent rapidement. La malade est actuellement en bonne voie de guérison.

Description des pièces. La trompe gauche, gravide, a une longueur de 8 centimètres, une hauteur de 5 centimètres, et une épaisseur moyenne de 4 centimètres. Elle est dilatée dans sa portion ampullaire ; près de l'extrémité frangée, à un centimètre environ de l'ostium abdominale, elle se coude brusquement, le pavillon s'inclinant en bas ; elle a aussi la forme d'un angle ouvert en bas, à côté externe plus petit, et dans le sinus duquel se loge le kyste fœtal. Celui-ci, rompu par l'opérateur, se compose du placenta et des membranes ovulaires ; le fœtus, long de 6 centimètres, a été isolé de ces annexes. L'ostium uterinum de la trompe est perméable. L'ostium abdominale est dilaté et perméable.

L'ovaire, placé au-dessous du kyste fœtal, présente une surface de section indiquant que le quart environ en est resté dans l'abdomen. La partie enlevée contient un corps jaune, bien développé, du volume d'une noisette environ.

L'intérêt de cette observation réside, d'une part, dans la source de l'inondation péritonéale due, non pas à la rupture de la trompe, mais à l'écoulement du sang par son orifice perméable et dilaté ; d'autre part, dans l'erreur de diagnostic, commise au moment de l'entrée de la malade, puis rectifiée, et suivie d'une opération qui a sauvé la vie de la femme, sortie guérie.

OBSERVATION II. — (*Due à l'obligeance de M. SAVARIAUD, chirurgien des hôpitaux. — Inondation péritonéale consécutive à un avortement tubaire.*)

Une jeune femme de 24 ans entre à Saint-Antoine le 7 janvier 1903, dans le service de M. Monod. Elle a été prise, il y a quinze jours, de douleurs violentes dans le côté droit, avec vomissements, et trois syncopes dans la même journée. En même temps écoulement de sang par la vulve survenant après un retard de règles de six jours. La malade se couche. Elle allait mieux, lorsque, le matin du 7 janvier, elle ressent la même douleur, avec sensation de déchirement. Entrée à l'hôpital à 7 heures du soir. L'interne constate que le pouls est bien frappé, à 80 ; vers minuit,

il est devenu très rapide, à 130. Grande décoloration de la peau et des muqueuses. Température de 37°, 5. Ventre ballonné. Douleurs diffuses, mais surtout accusées à l'ombilic, à l'hypogastre et du côté droit du ventre. Pas de matité. Peut-être une légère submatité au niveau des flanes. Au toucher on constate seulement que l'utérus est en rétroversion. L'interne fait le diagnostic d'inondation péritonéale, adopté par M. Savariaud, qui opère vers une heure du matin. Eclairage défectueux avec des lampes. Incision médiane sous-ombilicale. Coloration bleu noirâtre du péritoine. Il s'écoule une énorme quantité de sang couleur sépia et de caillots. « Je vais aux annexes droites. Elles ne sont pas très augmentées de volume; cependant, elles sont plus grosses que les gauches. Je les attire dans la plaie, et, après avoir placé un clamp, je les résèque au-dessus d'une ligature au catgut n° 3. » Ablation du sang et des caillots. Exploration des annexes gauches. Mise en plan incliné à ce moment seulement. Gros drain dans le Douglas. Surjet péritonéal au catgut. Surjet musculo-aponévrotique à la soie. Agrafes sur la peau. Durée de l'intervention : 30 minutes.

Examen des pièces. L'ovaire droit est gros comme une noix verte et *kystique*. Trompe droite augmentée de volume, distendue par du sang de coloration noirâtre. Son pavillon paraissait oblitéré; on n'a pu trouver de rupture. Une fois incisée, elle s'est vidée de son contenu, on n'a vu aucun débris embryonnaire. Les caillots n'ont pas été examinés.

Le surlendemain, ablation du drain. Température de 38°, sans oscillations, les 8 premiers jours. Guérison sans suppuration.

OBSERVATION III. — (JACOBS, *Progrès médical belge*, 1902, p. 4.)

Demoiselle de 37 ans, nullipare. Après un retard de 5 à 6 jours vives douleurs abdominales suivies de syncope. Repos pendant quelques semaines; phénomènes péritonéaux, fièvre, métrorragies, anémie progressive. Masse grosse comme une mandarine dans le Douglas. Diagnostic : Grossesse extra-utérine avec inondation péritonéale. Laparotomie. Sang noirâtre, et des masses de caillots. Ablation des annexes droites; la trompe est dilatée à son extrémité d'environ 7 à 8 centimètres de diamètre. « Elle n'est pas rompue ». Guérison.

OBSERVATION IV. — (TESSON, *Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet 1902)

Femme de 27 ans, sans enfants, ayant un retard de règles de quelques jours. Entrée à l'hôpital le premier avril 1901. Six jours avant, elle a été prise de vives douleurs pelviennes, suivies de pertes sanguines vaginales, et d'une anémie progressive. Elle présente les signes d'une hémorragie interne, due probablement à une grossesse extra-utérine rompue. Laparotomie. Le ventre est plein de sang liquide, à reflets rouges, mêlé de caillots mous. Rapide évacuation. Plan incliné ensuite, « du pavillon de la trompe droite un filet de sang rouge s'écoule. La trompe est distendue ; si on l'exprime par une pression douce, le sang s'échappe par le pavillon, puis elle se remplit à nouveau ». La trompe n'est pas rompue. L'hémorragie est due à un avortement abdominal incomplet. La trompe gauche est kystique. Ablation des deux trompes, conservation des deux ovaires. Toilette du péritoine. Drainage. Guérison. La femme revient à l'hôpital un mois après sa sortie, « par reconnaissance ». Sa santé est parfaite.

OBSERVATION V. — (RALPH WORRALL, *British gyn. journ.*, novembre 1897)

Multipare laparotomisée le 5 janvier 1875 pour grossesse tubaire droite rompue (dernières règles fin novembre ; douleurs et collapsus le premier janvier).

Nouvelle laparotomie le 21 août 1875 pour avortement tubaire gauche ayant produit une hémorragie intra-péritonéale (dernières règles : juillet ; premier accès de douleurs et collapsus, 2 août ; deuxième, 17 août ; troisième, 20 août). Guérison.

OBSERVATION VI. — (MASLOVSKY, *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Petersbourg et Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1898, p. 85).

Grossesse tubaire de deux mois, avortement tubaire, hémorragie interne excessivement abondante, collapsus, sortie de la caduque utérine en totalité. Injections de solution physiologique de chlorure de sodium.

OBSERVATION VII. — (JOHN-W TAYLOR, *The Lancet*, 28 mai, 4, 18, 25 juin 1898).

Cas 34. — Femme de 36 ans, dernières règles : 10 semaines ; masse derrière l'utérus et dans le bas de l'abdomen, très douloureuse. Signes d'hémorragie interne, vomissements, syncope. Diagnostic : grossesse tubaire rompue. Hématocèle. Opération à domicile. Grossesse tubaire gauche très grosse, masse à l'extrémité distale de la trompe, probablement non rompue. Hémorragie libre dans l'abdomen.

OBSERVATION VIII. — (C. JACOBS, *Journal d'accouchements, Liège, 26 juin et 10 juillet 1898*).

Femme de 41 ans, multipare, sans antécédents génitaux. Un mois après une première crise de douleurs survenues à une période menstruelle, elle est prise d'une seconde crise de douleurs avec ballonnement du ventre et écoulement vaginal sanguin. Extrémités froides, respiration courte, température 36° à $36^{\circ},4$, pouls fréquent et petit, vomissements, subdélire. À l'examen de l'abdomen, tympanisme, sans autre signe; au toucher vaginal, culs-de-sac normaux. Rien au toucher rectal. Diagnostic : hémorragie interne. Laparotomie 3 jours après le début des accidents. Issue de 1500 à 2000 grammes de sang et de caillots. La trompe gauche présentait une dilatation de la grosseur d'un œuf, dans son tiers externe. Le pavillon fortement dilaté laissait sourdre un liquide sanguin noirâtre. Nous pratiquâmes l'ablation de ces annexes; la dissection nous démontra qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Guérison.

OBSERVATION IX. — (A. BROTHERS, *Transactions of the New-York Obstetrical Society, 14 mai 1901*).

Femme de 27 ans, modiste, ayant quatre enfants. Il y a quatre semaines, elle est prise d'une crise de vives douleurs abdominales accompagnées de pertes utérines; ces symptômes durent cinq jours. Ils se reproduisent il y a une semaine. Pouls 90; température $38^{\circ},4$; respiration 24. L'abdomen est flasque, mat et douloureux dans la fosse iliaque droite. Au toucher double déchirure du col utérin en rétroversion; dans le cul-de-sac droit, masse douloureuse du volume d'une petite orange. Opération : à l'ouverture de la cavité péritonéale, le contenu abdominal est couvert de sang et de caillots. La trompe droite est distendue par du sang, et près de son extrémité on trouve un

caillot évidemment constitué par l'œuf s'échappant de l'extrémité de la trompe : on trouve en même temps un *kyste multiloculaire* du même côté. Ablation des annexes. Guérison.

OBSERVATION X. — (BOLDT, *American journal of obstetrics*, 1885, t. II, p. 434).

La grossesse était, dans ce cas aussi, parvenue au 40^e mois. L'état de la malade au moment de la consultation était très bon, et il fut décidé de la transporter à l'hôpital et de l'opérer de suite, comme dans le cas précédent. Tout avait été préparé dans ce but, mais au dernier moment la patiente refusa d'être opérée avant le matin suivant. A mon arrivée, je la trouvai sans pouls et complètement blanche, preuves qu'une récente hémorragie s'était produite pendant la nuit. L'opération fut commencée par le vagin, sans anesthésie à cause du mauvais état de la patiente, et en même temps on commença une injection de sérum. Il parut évident, à l'incision du cul-de-sac, d'après la grande masse de sang frais sortant de la cavité péritonéale, que l'hémorragie était encore en progrès, et je pensais qu'il me serait moins facile de m'en rendre maître aussi vite par le vagin que par la voie abdominale. C'est pourquoi j'ouvris immédiatement l'abdomen, et en une minute environ, je pouvais me rendre compte de la trompe qui saignait. La pièce montre très nettement l'avortement tubaire en progrès. L'embryon fut trouvé libre dans la cavité péritonéale. Quoique l'état de la malade fût meilleur quand on l'enleva de dessus la table d'opération, probablement à cause de l'injection sous-cutanée de 5 pintes de sérum, le mieux ne continua pas, et elle mourut d'anémie aiguë 36 heures après l'intervention.

Le fait le plus intéressant dans ce cas est que la malade n'eut pas un seul des signes caractéristiques de la grossesse tubaire. Le diagnostic reposait seulement sur la présence d'une tumeur derrière l'utérus, le peu d'augmentation de volume de cet organe, l'anémie extrême et la faiblesse du pouls.

*
* *

Et ainsi, après tout cet ensemble de faits, nous nous croyons en droit d'énoncer, à présent, les conclusions qui vont suivre.

CONCLUSIONS

I. — *Ce qu'on appelle* — d'un mauvais mot — *avortement tubaire* est caractérisé par :

1° L'intégrité de la trompe, sans rupture ni fissure même histologique ;

2° Le décollement de l'œuf, quel que soit son sort ultérieur ;

3° L'hémorragie.

Celle-ci, en dehors des cas d'hématosalpinx, métrorragies ou hématoécèle, est capable de donner lieu à *une véritable inondation péritonéale*, c'est-à-dire un épanchement libre non collecté, suffisant pour entraîner la mort.

II. — Il existe déjà des observations publiées d'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire ; nous en apportons d'autres et il nous semble que la formule, restée, malgré tout, *classique* :

Rupture, inondation. Avortement, hématoécèle,
est fautive au moins quant à l'absolu de la seconde proposition.

III. — *La fréquence* de l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire, pour n'être pas aussi grande que la rupture, n'est pourtant *pas négligeable* et les observations seront certainement *plus nombreuses quand on les remarquera davantage.*

IV. — *Au point de vue pathogénique* ; pour expliquer l'apoplexie ovulaire et l'hémorragie, causes ou consé-

quences du décollement de l'œuf, il faut incriminer tour à tour différents facteurs :

1° L'insuffisance de nutrition de l'œuf due à son insertion ectopique elle-même ;

2° Une fragilité vasculaire spéciale dans laquelle l'infection peut jouer un rôle, et probablement aussi les *ovaires kystiques* que l'on retrouve presque constamment dans ces cas ;

3° Des causes occasionnelles et traumatiques.

Enfin, nous avons expliqué la continuité de l'hémorragie par la disposition des fibres musculaires restées intactes : cette hémorragie ne pouvant être, d'ailleurs, péritonéale que si l'ostium péritonéale est perméable.

Au point de vue anatomique, il s'agit :

1° De grossesses ampullaires ;

2° De grossesses ordinairement très jeunes — si jeunes parfois que seul le microscope peut les déceler, la trompe étant macroscopiquement normale : et l'opposition est frappante entre l'abondance de l'hémorragie et ces lésions apparemment si minimes ;

3° De grossesses récemment interrompues, au moins dans les cas que nous avons eus en vue.

V. — *Cliniquement*, certains cas se présentent analogues à des cas de rupture et aussi brusquement, et se compliquent ordinairement de l'absence de toute présomption de grossesse en raison de l'extrême jeunesse de celle-ci.

Dans la majorité des cas, cependant, on pourra retrouver des *prodromes*, très légers d'abord, précédant les signes graves d'hémorragie interne.

Dans tous ces cas, le diagnostic est, sinon impossible, du moins difficile à soupçonner avant l'intervention : mais,

même à ce moment, il se posera encore et il ne faudra pas se laisser tromper par l'intégrité apparente d'une trompe.

Parfois enfin les accidents, procédant par petites poussées successives, les prodromes étant plus lents et plus nets, le diagnostic sera facilité : *mais, dans tous les cas, on ne le fera que si on est prévenu de ces faits.*

VI. — Quant au *traitement* rationnel, il nous semble devoir être la laparotomie, aussi rapide que possible dans tous les cas, dès le diagnostic posé, avec ablation de l'annexe malade.

Car le *pronostic* variera avec la rapidité du diagnostic et l'intervention.

VII. — Le bien-fondé de ces conclusions et l'utilité de la connaissance de ces faits nous semblent découler des *observations* que nous avons signalées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AGUINET. — Inondation péritonéale dans la grossesse ectopique, *Thèse de Paris*, 1903.
- ASCHOFF L. — Die Beschungen der tubaren Placenta zum tubenabort, und zur tuberruptur, *Arch. für Gynäk.*, t. LX. fasc. 3, p. 523-533; *Anal. in Rev. de Gyn.*, p. 309, t. V, 1901.
- BALFOUR MARSCHALL. — Hémorragie intra-péritonéale et Hématocèle en rapport avec l'avortement ou les ruptures tubaires, *Glasgow Obst. and Gyn. Society*, 9 mars 1904; *Anal. in Rev. de Gyn.* t. 8, p. 863; Grossesse tubaire-opération, *Glasgow Obst. and Gyn. Society*, 16 déc. 1896; in *British medical Journal*, n° 1880, 9 janvier 1897; *Anal. in Rev. de Gyn.*, 1897, p. 562.
- BAZY LOUIS. — Inondation péritonéale au cours de l'avortement tubaire, *Presse médicale*, n° 87, 31 octobre 1906; Des hémorragies de la trompe non gravide (Pachy salpingite hémorragique), *Mémoire de médaille d'or*, 1910; *A paraître dans la Rev. de Gyn.*, de juillet 1910.
- BINAUD. — De l'Hématocèle pelv. pérît. considérée dans ses rapports avec la grossesse tubaire, *Thèse de Bordeaux*, 1892.
- BLAIR BELL. — North of England obst. and gyn. Society. Séance du 18 déc. 1903; *Anal. in revue de Gyn.*, 1904, t. 8, p. 859. (*Avortement tubaire et inondation péritonéale : un cas*).
- BLAND SUTTON. — On some points in the pathology of tubal pregnancy, *The Lancet*, 8 fév. 1891, p. 474; Tubal moles and tubal abortions, *Brit. méd. Journal*, nov. 12, 1892; *V. Sem. Gyn.* 1898, p. 7; *Transactions of the Obstetrical Society*, vol. XL, 1898, p. 180 et 313.
- BLOCH. — Ein Fall von Tubenabort, *Arch. für physik*; Berlin, 1901, III, p. 206.
- BLUM. — Obs. d'inondation pérît. dans un avortement tubaire, *V. Thèse d'Aguinet*, obs. I, p. 81.
- BOLDT. — *American Journal of obst.*, 1895, t. II, p. 434.
- BOUILLY. — *Semaine gynécologique*, mai 1898. Grossesse extra-utérine tubaire. Avortement tubaire. Difficulté du diagnostic de l'Hémorragie intra-péritonéale. Salpingectomie secondaire. Guérison. *Sem. gyn.*, 6 mars 1900; *Société de chirurgie*, 29 janv. 1896.

- BOURSIER. — Deux cas de grossesses tubaires avec avortement tubo-abdominal incomplet, *Congrès de chirurgie*, 1902; *Semaine gyn.*, 1902, n° 44, p. 345. De la torsion du pédicule des salpingites kystiques, *Journal de médecine de Bordeaux*, 28 juillet 1901.
- BOUVIER. — Grossesse extra-utérine. Avortement tubaire. Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison. *Soc. d'Obst., de Gyn. et Péd. de Bordeaux*, déc. 1903, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904, n° 4, p. 69.
- BROTHERS A. — Transactions of the New York obstetrical Soc., 14 mai 1903; *Rev. de Gyn.*, t. III, p. 1922.
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'Hématocèle pelvienne dans leurs rapports avec la grossesse ectopique. *Th. de Paris*, 1894; *Gazette des Hôpitaux*, 1896; *Semaine gynécologique*, 1896, p. 113 et 121.
- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire, *Rev. de gyn.*, n° 1, févr. 1900.
- CHIARABBA. — *Giornale di gyn. et di péd.*, Turi 1905, t. V, p. 365 et 377.
- COUVELAIRE. — Études anatomiques sur les grossesses tubaires. *Th. de Paris*, 1901. *Comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, 1900, t. II, 3^e fasc. Classification topog. des gr. tub. pendant les 3 premiers mois de leur évolution. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1901, LV, p. 168. Quelques points de l'anatomie des grossesses tubaires en évolution pendant les cinq premiers mois. *Rev. de Gyn.*, t. 6, n° 1, 10 fév. 1902, p. 51-85.
- CULLINGWORTH. — Transactions of the obst. Society. Vol. XL, 1898, p. 180 et p. 113.
- DORAN A. — A tubal môle removed during the process of abortion. *The Journal of. obst. and gyn. of the Brit. Emp.* déc. 1906; *Transactions of the obst. Soc.*, vol. XL, 1898, p. 180 et 113.
- DOLERIS. — Sur le trait. de la gr. ectop., *Soc. d'Obst., de Gyn. et Péd. de Paris*, avril 1900, p. 84.
- ENMONSET GREEN. — A cas of coincident tubal and intra-uterine pregnancy, *The Boston medical and surgical Journal*, 29 oct. 1908, t. CLIX, n° 18.
- FALK. — Tubenruptur und tubenabort, *Deut. med. Zeitung*, juin, 1901, p. 561; *Anal. in Sem. Gyn.*, 1902, p. 166. Ein fall von tubenabort. Un cas d'éversion de la trompe dans un avortement tubaire, *Centralblatt für Gynäkol.*, 1907, n° 45, p. 1404.
- J.-L. FAURE. — Chirurgie des annexes de l'utérus, in *Biblioth. de Chir. contemp. de Ricard et Rochard*, p. 410-462, Paris 1902.
- FELLNER. — Ueber das Verhalten der Gefässe bei Eilenteischwangerschaft Auto-thrombose, *Arch. für Gynäk.*, 1905, t. LXXIV, p. 481; *An. in Revue de gynécologie*, 1905, p. 1120.

- FORGUES et MASSABUAU. — L'ovaire à petits kystes, *Rev. de gyn.*, avril 1910, p. 349.
- FRANK, ROBERT, C. — Quatre-vingts cas consécutifs de grossesse ectopique, *The am. Obst. and of Woman and Children*, 1909, fév., p. 214; *Anal. in Presse méd.*, 24 mars 1909, p. 215.
- FROENKEL. — La fonction du corps jaune. *Archiv. für Gyn.*, 1903, Bd LXVIII. Heft II, *Anal. in Revue de gyn.*, 1903, p. 693.
- GALABIN. — Obst. Soc. of London, 4 oct. 1905, *Anal. Rev. de gyn.*, 1906, n° 20, p. 286.
- GAUTHIER. — Rupture de la grossesse tubaire et avortement tubaire, *Th. de Paris*, 1893.
- GOBILLLOT. — Contribution à l'étude de la Symptomatologie de la grossesse tubaire, *Th. de Paris*, 1894.
- GOULLIOUD. — Tuméfaction kystique des ovaires dans le môle hydatiforme, *Rev. de gyn.*, janv.-fév. 1907, p. 17.
- HANDFIEL JONES. — Obst. soc. of London. Séance du 2 mars 1904, *Rev. de gyn.*, 1904, p. 852.
- HEINECK. — Des grossesses extra-utérines, leurs terminaisons, leurs traitements d'après une statistique de 40 cas personnels, *Union médicale au Canada*, 1907, p. 335 et 343.
- LOUISE MAC ILROY. — Sur la pathologie des trompes de Fallope, *Glasgow. obst. and gyn. Soc.* Séance du 3 fév. 1904, *Anal. in Revue de gyn.*, t. 8, p. 863.
- IONESSOF. — A propos de l'avortement tubo-utérin, *Th. de Paris*, 1901.
- JACOB'S. — Grossesse extra-utérine dr. à inondation intermittente, *Progrès médical belge*, 1902, p. 4, *Journal d'acc.*, Liège, 26 juin et 10 juillet 1898.
- KELLY. — *Glasgow obst. and gyn. Soc.* Séance du 25 mai 1904; *Anal. in Revue de gyn.*, t. 8, 1904, p. 865.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité méd. chir. de gynécologie*, 2^e éd.
- LAWSON-TAIT. — Lectures ou Ectopic pregnancy and pelvic hoematocele, 1888. Twelve cases of ruptured tubal pregnancy, *Brit. gyn. Journal*, vol. III, p. 345. Note on tubal abortion, *Brit. gyn. Journal*, vol. VIII, p. 96, 1893.
- LECÈNE. — Deux cas d'avortements tubaires, *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, mai 1910.
- LEJARS. — Les fausses couches tubaires, *Semaine méd.*, 1904, p. 380.
- MANDL. — Klinische und anatomische Beiträge zur Frage der kompletten Tubenaborts, *Monats f. geb. und gyn.*, XI, 1900, p. 203-216.
- MARTIN. — *Krankheiten der Eileiter*, Leipzig, 1895.
- MASLOVSKY. — *Journal d'obst. et de gyn. de Saint-Petersbourg*, *Anal. in Annales de gyn. et d'obst.*, 1898, p. 85.

- MAYGRIER. — Terminaison des grossesses extra-utérines, *Thèse d'agrégation*, 1886.
- MURET. — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide, *Rev. de gyn.*, 10 avril 1898, n° 2, p. 195. Beitrag zur lehre der Tubenschwangerschaft, *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynekologie*, vol. XXVI, 1893, p. 31, 50 et 58.
- NONAT. — Cité par Poncet in *Thèse d'agrégation*, Paris 1878.
- OLIVER. — A case of internal Hemorrhage consequent upon tubal gestation, with unusually early symptoms, *The Lancet*, 1908, 28 nov., t. CLXXV, n° 4448.
- OREILLARD. — *Thèse de Paris*, 1895.
- ORTHMANN. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1894, vol. XXIX, p. 74 et suivantes.
- PICHEVIN. — Diag. et Trait. de la rupture et de l'avortement tubaire, *Sem. gyn.*, 1907, 19 mars. Un cas de rupture de grossesse tubaire donnant lieu à une hématocele intra-ligamenteuse et et sous-péritonéale, *Soc. de méd. de Paris*, 1907, 2^e S. XIX, 53; *Semaine gynécol.*, 1907, XII, 57.
- PICQUÉ. — Rapport sur 3 cas de grossesses extra-utérines, *Bulletins et mémoires de la Société de chir. de Paris*, 1896, t. XXII, p. 30.
- PILLIET. — *Progrès médical*, 7 avril 1894.
- PINARD. — Sur le traitement de la grossesse ectopique, *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, avril 1900, p. 84. Séance de la même Société du 9 mai 1910.
- PONCET. — *Thèse d'agrégation*, Paris 1878.
- RANIER. — Avortement tubaire. Inondation péritonéale. Double kyste des ovaires. Ablation des annexes. Guérison, *Soc. de chirurgie de Bucarest*, 30 avril 1908.
- RIBEMONT — DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*.
- ROUTIER. — *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, 9 mai 1910.
- SAVARIAUD. — Obs. d'inond. péril. dans un avortement tubaire. In *thèse d'Aguinet*, obs. II, p. 83. Grossesse tubaire. Pathogénie des métrorragies dans l'Hématocèle, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, fév. 1904, p. 116 et 123. Origine tubaire des métrorragies dans la grossesse tubaire, *Bulletin de la Soc. anat.*, fév. 1909.
- SEGOND. — Rapport au Congrès de gynécologie de Marseille, 1898.
- STANDKIEWICZ. — De la rétention fœtale dans la grossesse tubaire, *Rev. de gyn.*, 5^e année, n° 4, 10 août 1901, p. 595.
- STAUDE. — *Soc. d'obst. de Hambourg*. Séance du 16 fév. 1904; *Anal. in Rev. de Gyn.*, 1904, p. 839.
- TAYLOR-JOHN W. — On extra-uterine pregnancy, *The Lancet*, 28 mai, 4, 18, 25 juin 1898.

- TESSON. — *Gazette des Hôpitaux*, 8 juillet, 1902.
- ULESKO SHOGANOVA. — Anat. Veränd. d. Schwang. tube in Bereich, d. eiinsertion. *Monat f. obst. und gyn.*, déc. 1900, p. 710.
- VIAL. — De l'avortement tubaire, *Thèse de Nancy*, 1898-1899.
- VIGNARD. — Diagnostic de l'avortement tubaire, *Gazette médicale de Nantes*, XXI, p. 10.
- WERTH. — De la grossesse extra-utérine, *Rapport au X^e congrès de la Soc. allemande de gynécologie*, Würzburg, 1903, 3-6 juin.
- WORRAL Ralph. — *British gyn. Journal*, nov. 1897.
- ZEDEL. — Veber Tuberabort, *Deut. méd. Wochenschrift*, 1893, nos 31 et 32. Zur anatomie der Schangeren tube, *Zeitschr. f. geb. und gyn.*, 1893, Bd. XXVI.
-

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
Avant-propos	1
CHAPITRE I. — <i>Définitions</i>	2
— II. — <i>Historique</i>	9
— III. — <i>Étiologie</i>	14
— IV. — <i>Anatomie et Pathogénie</i>	20
— V. — <i>Clinique</i>	35
— VI. — <i>Traitement et Pronostic</i>	44
— VII. — <i>Observations</i>	53
Conclusions	84
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	88

Vu : *Le Président de la Thèse,*
RIBEMONT-DESSAIGNES.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

